

**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS –
UNIPAC
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

ADILSON LUIZ DOS SANTOS

**FALANDO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: estratégias de
prevenção da obesidade em escolares**

**BARBACENA
OUTUBRO – 2006**

**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS –
UNIPAC
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

ADILSON LUIZ DOS SANTOS

**FALANDO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: estratégias de
prevenção da obesidade em escolares**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação e Sociedade, Área de Concentração: Educação e Saúde, da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, de Barbacena.

Orientador: Prof. Sebastião Rogério Góis
Moreira, Dr.

**BARBACENA
OUTUBRO – 2006**

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Professor Dr. Sebastião Rogério Góis Moreira – Mestrado em Educação e Sociedade – UNIPAC – Barbacena/MG – Orientador

Professora Dra. Raquel Varsestein Gorayeb – Mestrado em Educação e Sociedade – UNIPAC – Barbacena/MG

Professora Dra. Suely Gomes Tavares
UNIPAC – Barbacena/MG

Suplentes:

Professor Dr. Sílvio Firmo do Nascimento – Mestrado em Educação e Sociedade – UNIPAC – Barbacena/MG

Professora Dra. Regina Coeli Caçado Peixoto Pires – UNINCOR – Betim/MG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que se preocupam de uma forma ou de outra, com o bem-estar social e educacional da criança...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tudo que me permite conquistar, com meu esforço e dedicação, a todos os amigos, pelo apoio dispensado durante esta jornada, à minha família, pela paciência e enorme carinho com que suportou meus inúmeros momentos de ausência. Em especial, ao Professor Dr. Sebastião Rogério, por ter me permitido aprender um pouco dos seus conhecimentos, em cada orientação, cada frase proferida, cada palavra de incentivo, a quem hoje eu me dirijo, com o orgulho, o respeito e a gratidão de um aluno realizado. Você é muito mais que um professor... É um grande amigo.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I – EDUCAÇÃO FÍSICA: contribuições na escola e na Inclusão social	19
CAPÍTULO II – A OBESIDADE INFANTIL COMO FATOR EXCLUDENTE ESCOLAR E SOCIAL	28
2.1 – O CORPO IDEAL E A REALIDADE.....	29
2.2 – DEFININDO A OBESIDADE.....	29
2.3 – FATORES QUE DESENCADAIAM A OBESIDADE.....	30
2.4 – TIPOS E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE.....	32
2.5 – CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE.....	33
2.6 – OBESIDADE NO AMBIENTE ESCOLAR.....	35
CAPÍTULO III – ESCOLA E SAÚDE: prevenção e intervenção em benefício da criança obesa – tratamento multidisciplinar	38
3.1 - EDUCAÇÃO, SOCIEDADE E SAÚDE.....	39
3.2 – ESCOLA/CRIANÇA: evolução paralela ou transversal?.....	40
3.3 – TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE.....	43
CAPÍTULO IV – O DESPREPARO PROFISSIONAL E SOCIAL FRENTE À OBESIDADE INFANTIL	45
4.1 – A SAÚDE NO BRASIL.....	46
4.2 – A COMUNICAÇÃO COMO INTERVENÇÃO.....	47
4.3 – A PRÁTICA DOCENTE ACERCA DOS PROBLEMAS SOCIAIS.....	48
CAPÍTULO - OBJETIVOS	51
CAPÍTULOVI – METODOLOGIA	52
6.1 – PARTICIPANTES.....	52
6.2 – INSTRUMENTOS.....	52
6.3 – PROCEDIMENTOS.....	53
CAPÍTULOVII – ANÁLISE DE RESULTADOS	55
7.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	55
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	66
GLOSSÁRIO	72
ANEXOS	74

RESUMO

Neste estudo, buscamos enfocar, de maneira direta, o problema emergente da obesidade infantil, enquanto um problema social grave, ainda tratada com pouca objetividade pelos diversos segmentos sociais e órgãos governamentais. Em grande parte, a obesidade desenvolve-se nas fases da vida em que a criança está freqüentando o ambiente escolar, o que nos leva de encontro às possibilidades de intervenção e prevenção possíveis neste ambiente. Em nossa pesquisa, buscamos a opinião dos educadores em relação à obesidade infantil e as suas implicações nas relações do aluno com seus pares, em busca de propostas reais e efetivas a serem aplicadas no ambiente escolar, em parceria com a sociedade e a família.

Palavras-chave: Obesidade infantil, ambiente escolar, intervenção, prevenção.

SUMMARY

In this study, we looked for to focus, in a direct way, the emerging problem of the infantile obesity, while a serious social problem, still treated with little objectivity by the several social segments and government organs. Largely, the obesity grows in the phases of the life in that the child is frequenting the school atmosphere, which in the encounter group to the intervention possibilities and possible prevention in this adapts. In our research, we looked for the educators' opinion in relation to the infantile obesity and their implications in the student's relationships with their pairs, in search of proposed real and effective the they be applied in the school atmosphere, in partnership with the society and the family.

Word-key: Infantile obesity, school atmosphere, intervention, prevention.

Introdução

A obesidade vem aumentando de maneira alarmante na população infantil e em adolescentes nos países desenvolvidos e, devido influências inseridas pelo processo de globalização, há uma mudança nos hábitos de vida que são também importados como consequência da uniformidade de informações, atingindo também os países em desenvolvimento, como o Brasil.

O aumento de caráter epidêmico destes índices, afetando todas as classes sociais, em todas as regiões do Brasil, juntamente com suas consequências, sugerem a necessidade imediata de ações efetivas de combate à obesidade, o que motivou um requerimento urgente de implementação de medidas às autoridades governamentais pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) e pela Fundação Interamericana do Coração (FIC), com o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (FUNCOR), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM), World Heart Federation (WHF) e International Obesity Task Force (IOTF). As medidas requeridas incluem o reconhecimento de sobrepeso e obesidade como doença, o desenvolvimento de uma estratégia nacional para combate à obesidade, a capacitação de profissionais envolvidos no atendimento básico em relação à prevenção e ao tratamento da obesidade, estimulando pesquisas e incentivo que atingem os governos estaduais e municipais. Esta ação contou com o patrocínio institucional da Roche.

Do ponto de vista epidemiológico, tudo conduz que uma das principais causas para esse aumento de obesos, refere-se às mudanças dos hábitos de vida. No Brasil, embora com menor abrangência em termos populacionais, ocorrem mudanças marcantes nestes hábitos, atingindo parâmetros fundamentais como a alimentação e redução das horas de lazer, o que aumenta, conseqüentemente, a proporção de adultos obesos (FISBERG, 1995).

Apesar da desnutrição ainda ser uma triste realidade no Brasil, os números da obesidade assustam, uma vez que cerca de 40% da população em geral está acima do peso adequado, onde o índice em crianças saltou de 3% para 15% e a prevalência de obesidade infanto-juvenil no Brasil subiu 240% em 20 anos, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1995). Esse dado

assustador se deve às mudanças no estilo de vida da nossa população, onde os principais indicadores são a pouca atividade física e hábitos alimentares inadequados.

Em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o estado nutricional dos brasileiros, verificou-se um aumento nos índices da obesidade. Esta pesquisa, porém, provoca polêmica por parte de assessores do governo, alegando uma suposta crise chamada de “fome gorda”, o que sugere o consumo de alimentos calóricos, mas não tão nutritivos como reflexo de uma alimentação pouco balanceada. Por outro lado, especialistas que participaram da pesquisa contestam estas declarações, citando a clareza dos resultados das pesquisas que indicam sim, um grave aumento nos índices da obesidade, mesmo com um acesso das diversas classes sociais a uma dieta rica em nutrientes essenciais, dentro dos padrões internacionais propostos.

O mesmo instituto, juntamente com o ministério da saúde, mostra que a obesidade é um problema mais grave que a desnutrição no Brasil, segundo a pesquisa, realizada em 2002-2003, que revela a não exposição da população adulta à desnutrição, estando dentro dos 4% compatíveis com os padrões internacionais, enquanto que a frequência do excesso de peso supera em 8 vezes o déficit de peso entre as mulheres e em 15 vezes entre os homens. Num universo de 95,5 milhões de pessoas acima de 20 anos de idade, há 3,8 milhões de pessoas (4%) com déficit de peso e 38,8 milhões (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas.

Este excesso de peso aumenta contínua e intensamente na população masculina. Em 2003, duplicou o percentual de homens com excesso de peso e triplicou o de obesos. Até 1989, estes percentuais indicavam um aumento para o lado masculino, porém, em 2003, praticamente se igualavam em relação às mulheres (IBGE, 2003)

Outro item importante baseia-se na avaliação feita por frei Beto, citado em “notícias terra”, acerca dos dados divulgados pela pesquisa do IBGE, segundo os quais 40,6% da população sofrem de obesidade e a pobreza não se manifesta mais pela fome, e sim, pela qualidade de vida e desigualdade de rendimentos, onde comenta:

“Quando falamos de obesidade precisamos lembrar outro dado que me impressionou muito. Andando Brasil afora, dizia-se que a fome no Brasil é gorda, ao contrário da fome na África que é esquelética. Aqui, quem anda pelo interior vê muita criança barriguda de verme porque tem fome. A gente vê muita gente obesa porque tem distúrbios glandulares. Tem hipertensão em decorrência da má nutrição. E o dado que foi divulgado não incluía crianças e jovens, só adultos. Infelizmente o fome zero é ainda um desafio para todos nós brasileiros” (Frei Betto)

Estudos recentes sobre a obesidade permitiram classificá-la em dois graus de desenvolvimento, o que diferencia de sobremaneira o seu tratamento e prevenção. Assim, podemos diferenciar a obesidade hipertrófica, caracterizada pelo aumento do diâmetro das células de gordura, com conseqüente acúmulo das gorduras no seu interior. Neste tipo de obesidade, o número destas células se mantém inalterado; e hiperplásica, caracterizada por um aumento do número das mesmas (DANTAS, 1994).

O conhecimento do tipo de obesidade desenvolvida pela criança é de fundamental importância para a determinação do seu tratamento e prevenção através de atividades preventivas tanto de caráter clínico como educacional, visto que as influências podem ser positivas ou negativas no ambiente escolar, onde o educando passa longo período de tempo e que, o desenvolvimento da obesidade hiperplásica, que é mais grave, pode ser controlado com o auxílio da adoção de estratégias neste período.

Na escola pressupõe-se, conceitualmente, que “todos, sem exceção, devem participar da vida acadêmica, onde deve ser desenvolvido o trabalho pedagógico que sirva a todos, indiscriminadamente” (CARVALHO, 1999b).

A situação é preocupante, uma vez que o estilo de vida na idade adulta é determinado, em parte, no período infantil, fazendo parte da constituição efetiva na formação do indivíduo, consolidando a sua vida adulta. Estimativas apontam que 25% das crianças que fazem atividades físicas regulares tornam-se adultos ativos. O problema é que, somente agora, os profissionais e os órgãos competentes mostram algum grau de preocupação frente ao problema, sendo que, até então, as aulas de educação física eram ministradas por professores polivalentes, não preparados pedagogicamente para essa missão. Neste contexto, surge a importância da Educação Física na fase escolar que, se bem elaborada, e ministrada por profissionais competentes e aptos ao quadro escolar atual, além de

promover o combate ao sedentarismo, contribui para a melhora do desempenho acadêmico, no aumento da responsabilidade, na diminuição dos distúrbios de comportamento, na diminuição da delinqüência e uso de drogas e álcool e na melhoria do relacionamento com os pais.

O resultado do desenvolvimento bio-psico-social da criança influenciará na consolidação de sua vida adulta, processo esse que se perpetua durante toda a vida, assim como a obesidade que, se adquirida na infância, trará consigo as conseqüências, aumentando as probabilidades de se tornarem um adulto obeso, três vezes mais que uma criança com quantidade normal de gordura corporal (McARDLE, KATCH & KATCH, 1998), além dos agravantes a longo prazo como: dislipidemia e problemas cardiovasculares (DWYER, 1998), endócrinos (BJORNTORP, 1987), câncer de cólon, diabetes e conseqüências psico-sociais adversas (DIETZ, 1998). Já na infância e na adolescência, as complicações decorrentes de um comportamento apático, de hipodesenvolvimento intelectual e psíquico podem trazer para a criança atípica, diversas complicações na esfera social, na convivência com as outras crianças e com a família (MOREIRA, 2000). A obesidade confere ainda, raras complicações a curto prazo em crianças, entre elas a Síndrome de Pickwick (apnéa obstrutiva), cardiomiopatia, pancreatite, problemas ortopédicos e respiratórios (MUST, 1996).

Na infância e na adolescência, os principais riscos para a saúde são a elevação dos triglicérides e do colesterol, alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias, sendo que na maior parte das vezes, as alterações metabólicas são mais evidentes na vida adulta, diminuindo dessa forma, a expectativa de vida (FISBERG, 1995).

O termo BULLYING compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima (Wikipedia, 2006).

As crianças que sofrem BULLYING, dependendo de suas características individuais e de suas relações com os meios em que vivem, em especial as famílias, poderão não superar, parcial ou totalmente, os traumas sofridos na

escola. Poderão crescer com sentimentos negativos, especialmente com baixa auto-estima, tornando-se adultos com sérios problemas de relacionamento. Poderão assumir, também, um comportamento agressivo. Mais tarde poderão vir a sofrer ou a praticar o BULLYING no trabalho (Workplace BULLYING). Em casos extremos, alguns deles poderão tentar ou a cometer suicídio

As crianças e adolescentes obesos podem ser deprimidos ou apresentar uma auto-imagem negativa, evidenciando a tendência a serem mais passivos e se isolarem dos colegas, podendo tornar-se obsessivamente preocupados com seu peso, o que muitas vezes pode acarretar quadros de anorexia e bulimia, ou pelo fato de tornarem-se mais passivos piorarem seu quadro de obesidade (HALPERN *et al.*, 1998).

Assim a obesidade passa a ser um fator preocupante em todos os aspectos do desenvolvimento da criança, futuro cidadão, resultando de todo um processo das relações que envolvem a família; a escola e toda a sociedade. Apesar de diversos estudos terem sido realizados acerca da obesidade infantil e suas implicações na vida adulta, observa-se uma carência literária que enfoque o tema com uma visão mais ampla, buscando conhecer soluções e sugestões que possam ser apontadas pelos educadores, em seu contato diário com os alunos obesos.

A falta de orientação à família, à escola e à sociedade em geral, sobre os riscos inerentes ao atual estilo de vida adotado, em relação à alimentação da criança também se constitui um fator importante ao desenvolvimento da obesidade infantil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em pesquisa realizada no ano de 2001, cerca de 100% da população mundial vai apresentar algum grau de sobrepeso ou obesidade em 2030, se nada for realizado para inverter a situação atual.

Apesar de todo o conhecimento e importância de se adotar um estilo de vida saudável, onde a prática de atividades físicas e alimentação saudável sejam componentes essenciais do controle do peso corporal, raras vezes as escolas se preocupam em desenvolver ações educativas que levem os jovens e crianças a adquirirem esses hábitos, deixando-se aproveitar o precioso tempo em que estão no ambiente escolar e utilizando-o para o desenvolvimento da qualidade de suas vidas.

Torna-se imprescindível à participação efetiva de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais envolvidos como: professores de educação física, psicólogos, médicos e nutricionistas; assim como os demais professores e dirigentes das escolas e representantes dos setores públicos da educação e saúde, em programas efetivos no combate à obesidade infantil.

Segundo a OMS: “Saúde é um estado de bem estar Bio-Psico-Social”, e apoiando-se nesta afirmativa de que deve haver um desenvolvimento harmônico da criança girando entre estas três vertentes, qualquer desequilíbrio sugere a quebra de um padrão saudável no processo de desenvolvimento como um todo. Segundo dados estatísticos levantados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1995), apesar da desnutrição ainda representar uma triste realidade brasileira, os números da obesidade assustam: 70 milhões de brasileiros, ou 40% da população estão acima do peso adequado e a prevalência de obesidade infanto-juvenil no Brasil subiu 240% em 20 anos.

Sendo considerada como uma epidemia mundial pela OMS, no território nacional, as mudanças demográficas, sócio-econômicas e epidemiológicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade (MONTEIRO, MONDINI, SOUZA & POPKIN, 1995).

Podendo ser definida como uma síndrome de alterações fisiológicas, anatômicas e psicológicas, com conseqüências sociais avassaladoras, a obesidade, através da característica do seu desenvolvimento para hiperplasia ou hipertrofia adipocitária (DANTAS, 1998), sua etiologia está vinculada a fatores genéticos e ambientais (ARTEAGA, SANTOS & OLIVEIRA, 1982).

Segundo GUEDES, 1998, “A obesidade progressiva se associa à obesidade hiperplásica, o que dificulta o controle de peso corporal na idade adulta”. Alguns fatores são determinantes para o estabelecimento dessa obesidade: desmame precoce e introdução de alimentos inadequados, emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e relação familiar conturbada (FISBERG, 1995).

O desenvolvimento tecnológico impulsiona o homem a viver sob regime de menor esforço, reduzindo a atividade muscular e os estímulos orgânicos apenas ao indispensável, conseqüentemente, proporcionando sérios prejuízos para a saúde

física, mental e espiritual (GUIMARÃES, 2001). Durante a transição do desenvolvimento do ser humano observa-se um aumento do número de adipócitos (hiperplasia) até o final da puberdade, que coincide com o período escolar da criança, o que tem determinado a enorme preocupação dos cientistas em realizar estudos que busquem descobrir as causas e possíveis práticas intervencionistas da obesidade infantil e, conseqüentemente, adulta.

Vista desta forma, a obesidade não é uma doença singular, e sim, um conjunto de condições com múltiplas causas, que refletem no fenótipo obeso. Estas condições estão presentes em grande parte no ambiente escolar, em que a criança passa por diversas situações do seu dia-a-dia, onde, em determinados momentos, se vê em desequilíbrio deste processo e é colocada à prova. A obesidade também se apresenta como conseqüência de fatores hormonais e genéticos, comportamentais, dietéticos e ambientais (POPKIN *et al.*, 1995; BLAIR, 1996; EGGER, 1996;).

A obesidade, muito mais que fatores estéticos, traz conseqüências trágicas que se manifestam no decorrer de sua evolução, sendo algumas, raras em crianças, como: apnéia obstrutiva, cardiomiopatia, problemas ortopédicos, pancreatite e problemas respiratórios (MUST, 1996). Outro fato observado é a característica postural adotada pela criança obesa pelo excesso do peso corporal, pela timidez, vícios posturais, hiperlordose lombar e hipercifose torácica, o que irá refletir de maneira importante no seu perfil psicológico (TEIXEIRA, 1998).

Crianças obesas também desenvolvem alterações lipídicas, pressóricas e dermatológicas, que vão se manifestando na idade adulta (FONSECA, 1998). Para agravar ainda mais a situação, várias doenças podem se manifestar ou se agravar na idade adulta, em conseqüência da obesidade infantil, uma vez que a criança levará consigo, além dos valores morais e intelectuais adquiridos na escola, a sua constituição anátomo-fisiológica e, se obesa, as suas complicações, como: problemas endócrinos (BJORNTORP, 1987), câncer, diabetes Melitus, doenças psicossociais (DIETZ, 1998) e cardiovasculares (DWYER, 1998).

Dessa forma, a obesidade infantil constitui-se em um problema emergente na população mundial, devendo ser encarada como uma epidemia em potencial e, não somente como um desvio estético e social como tem sido imposto pela sociedade.

O desenvolvimento da criança se norteia em parâmetros culturais desenhados pela família e pela escola, sendo, estes os principais responsáveis pela formação do futuro cidadão em todos os aspectos de sua vida, assim como as suas conseqüências bio-psico-sociais. Cabe então, neste momento crucial da vida da criança, uma intervenção séria, envolvendo profissionais diversos e preocupados com os problemas psicossociais desencadeados pela obesidade infantil, agravada no atual perfil do ambiente escolar, sendo este, considerado como uma alavanca no desenvolvimento global da criança nestas três vertentes e que será levado para a vida adulta. Segundo a OMS, escolas que reconhecem a necessidade de discutir Saúde e que reforçam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, oferecendo opções viáveis à prática de ações que contribuam para a promoção da qualidade de vida da população (Brasil, MEC, 1998a).

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o Ensino Fundamental (Brasil, 1996; Brasil, 1998a) “é papel da escola formar alunos com conhecimentos e capacidades que os tornem aptos a discriminar informações, identificar valores agregados a essas informações e realizar escolhas”.

A Lei 5692/71 introduziu a temática “Saúde” no currículo escolar, com objetivo de levar crianças e adolescentes ao desenvolvimento de hábitos saudáveis e, em 1977 o Conselho Federal de Educação reafirma que esse assunto deve ser encarado como uma preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola.

Segundo SAVIANI (1991), na pedagogia histórico-crítica, é preciso provocar a atividade e a iniciativa dos alunos sem abrir mão, porém, da iniciativa do professor; favorecer o diálogo dos alunos entre si e com o professor, mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente; levar em conta os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico, mas sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos. O professor deve, também, procurar estabelecer os nexos e mediar as situações de conflitos que surgem da interação dos alunos com o meio social e cultural que se refletem na aula, provocando um ambiente de reflexão, trocas e decisões superadoras das situações-problema.

Dessa forma, a escola constitui ambiente adequado para agir preventivamente, pois representa o primeiro grupo social depois da família, servindo como um parâmetro de referência para a criança, onde a sua auto-estima se desenvolve de acordo com a sua convivência com as outras crianças e o corpo docente, que se reflete no seu grau de conhecimento. É nesta fase conturbada, onde as opiniões de colegas, de familiares e da sociedade vão intervir na formação da personalidade da criança, tornando-a mais ou menos sociável e, conseqüentemente, com um desenvolvimento psíquico favorável ou não à sua aprendizagem.

Consideramos que o papel da família na condição de elemento estruturador, seja função central na educação integral do ser humano e muito especialmente na fase do desenvolvimento infantil. Como espaço social complementar não podemos desconsiderar que a escola na contemporaneidade, cada vez mais, tem sido parceira efetiva nesta constituição da criança pois, é de conhecimento público que nos dias atuais, a inserção da criança no ambiente escolar se dá mais precocemente. Sendo assim, esta função complementar que a escola vem assumindo tem função parceira com a família, compromisso nas mais diferentes formas de incluir o cidadão na sociedade na sua estruturação emocional e social, definindo, entretanto, de maneira intensa nos hábitos da criança e do adolescente quanto à alimentação e estilo de vida. Por sua vez, a escola tende a assumir papel de co-responsável no processo educacional amplo, prestando-se como instituição, papel relevante e decisivo, juntamente com a família, no desenvolvimento da criança e do adolescente, por ocupar um espaço social de destaque na formação geral do educando.

Vale destacar que os erros alimentares ocorrem em todas as classes sociais(WOORTMANN, 1986). As mais privilegiadas, por terem acesso fácil a fast-foods e às cantinas escolares que vendem salgados fritos, sanduíches altamente calóricos, doces e refrigerantes. As menos favorecidas, porque os alimentos energéticos e calóricos (carboidratos e gorduras, como pão, arroz, macarrão, óleo) são mais acessíveis que os alimentos reguladores (frutas, verduras e legumes) e os construtores (leite, carne e ovos). A solução para esse grave problema de saúde pública, não só aqui no Brasil, é promover mudanças no estilo de vida da população, passando obrigatoriamente por um programa de reeducação

alimentar, juntamente com um planejamento que consiga estimular a prática de exercícios físicos em todos os segmentos sociais em diferentes faixas etárias, buscando aumentar o gasto calórico da população, sem que seja extenuante, devendo sim, ser efetivo na prevenção e na promoção da saúde humana.

A OMS votou uma Estratégia Global para Estimular a Alimentação Saudável e Atividade Física em todo o mundo. Certos de que esse é o melhor caminho, a SBEM, a SBP, a ABESO e o Observatório de Políticas e Segurança Alimentar e Nutrição, da Universidade de Brasília, firmaram uma parceria: o Projeto Escola Saudável, com o objetivo de investir no conhecimento teórico e prático nas escolas de ensino fundamental de todo o País, explicando sobre as práticas alimentares saudáveis e no estímulo à atividade física. Além disso, busca criar uma consciência crítica nas crianças e adolescentes para bloquear o avanço da obesidade em nossa população.

Para melhor avaliar e tratar do obeso é necessária uma equipe multiprofissional composta por médicos, nutricionistas, endocrinologistas, psicólogos, educadores físicos, dentre outros profissionais (SCHUSSEL, 1995).

Este fato se reflete no tratamento intervencionista da obesidade, combatendo a essência da sua origem: sedentarismo, conflitos familiares, hábitos de vida e alimentares.

As pesquisas citadas oferecem uma base sólida quanto à prevalência da obesidade infantil e o seu estreito relacionamento com doenças crônico-degenerativas da vida adulta. Também apontam sobre a preocupação de órgãos comprometidos que desenvolvem estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos, na perspectiva da saúde coletiva. Quanto à participação dos meios em que vive, a criança precisa do apoio incondicional dos meios em que vive, através de bons exemplos dados pelos pais, pelos educadores e membros da sociedade, revendo conceitos e se envolvendo no problema de maneira responsável e séria.

A escola deve atuar na reeducação conceitual que busque o respeito e a reestruturação do próprio ambiente escolar, e ainda, que forneça subsídios para a implantação de ações multidisciplinares voltadas ao combate da obesidade infantil, cabendo aos profissionais envolvidos, uma participação coesa, clara e objetiva.

Neste estudo, procurando enfatizar a importância da implementação de ações preventivas e intervencionistas nas escolas, buscamos soluções eficientes no combate à obesidade infantil, prevenindo a adulta e às suas implicações físicas, psíquicas e sociais. Julgamos fundamental a elaboração de um programa multidisciplinar sério, com a participação de toda a sociedade, em especial com os profissionais da educação que estejam diretamente envolvidos no ambiente escolar das séries iniciais do ensino fundamental. Uma vez que a obesidade infantil pode ser um fator pré-determinante da vida adulta, e que a criança vê os meios de sua relação como um espelho, torna-se imprescindível a participação da família, da escola e dos profissionais envolvidos nestes meios sociais e seus problemas.

Não podemos desprezar a situação real e, sim, enfrentá-la, vencendo limites e buscando a cooperação de toda a sociedade, para encontrarmos soluções práticas na educação continuada (onde o profissional busca um constante aprimoramento e atualização de seus conhecimentos), mantendo-se competente e competitivo frente às exigências da evolução social de profissionais envolvidos com crianças que estejam frequentando a escola.

CAPÍTULO I

EDUCAÇÃO FÍSICA: contribuições na escola e na inclusão social.

Parece ser consensual que, no Brasil, a origem da prática sistemática das atividades físicas esteve associada à tradição militar e, mais especificamente, marcada pela vinda das forças prussianas incumbidas de proteger a família real que deixou a Europa fugindo do processo de expansão napoleônica. A tradição dita militarista parece ter sido forte, até porque os instrutores de Educação Física eram formados nas instituições militares até a década de 30. Na perspectiva escolar, as defesas pela obrigatoriedade da inclusão da prática Educação Física estavam vinculadas às teses higienistas. Partia-se do pressuposto que a prática sistemática das atividades físicas, associadas a uma sólida educação higiênica, poderia minimizar o caótico quadro de saúde pública, acarretado, sobremaneira, pelo descompasso entre o crescimento demográfico e as condições de estruturação urbana e pela inexistência de infra-estrutura de saneamento básico e de mecanismos eficientes de saúde pública (CASTELLANI FILHO, 1988).

Para compreendermos o atual papel da educação física nas escolas brasileiras, devemos “voltar ao passado”, compreendendo a sua evolução contextual, desde os primórdios de sua implantação, onde a visão militarista predominava, sob o domínio da classe médica, o que determinava as finalidades e métodos a serem empregados. Buscava-se aqui a formação de um corpo saudável e equilibrado organicamente, assessorados por um pensamento político e intelectual da época, onde prevalecia uma forte preocupação com a eugenia, a “purificação da raça branca”, evitando-se a mistura com a raça negra (escravos). Assim, havia uma grande resistência oriunda da elite imperial, quanto à prática de atividades físicas, devido à relação dessas com o trabalho escravo. Essa atitude dificultava que a prática de atividades físicas nas escolas se tornasse obrigatória. Em 1.851, através da Reforma Couto Ferraz, tornou-se obrigatória a Educação Física nas escolas brasileiras, frente à necessidade de se formar indivíduos fortes e saudáveis que pudessem defender os ideais da pátria, gerando um

descontentamento geral por parte dos pais, principalmente em relação às meninas, alegando que a Educação Física não tinha valor intelectual.

Em 1882, Rui Barbosa deu seu parecer sobre o Projeto 224 – Reforma Leôncio de Carvalho, Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, da Instrução Pública -, no qual defende a inclusão da ginástica nas escolas e a equiparação desses professores aos das outras disciplinas, onde se destacou a importância de se ter um corpo saudável para sustentar a atividade intelectual.

No início do século XX, ainda sob o nome de ginástica, a Educação Física foi incluída nos currículos de alguns estados brasileiros, sob forte influência do movimento escolanovista, o que realça a sua importância no desenvolvimento integral do ser humano. A partir daí foram discutidos os métodos, as práticas e os problemas relativos ao ensino da Educação Física, discutidos por profissionais da Educação na III Conferência Nacional de Educação, em 1929, ocorrida em São Paulo.

Porém, as influências de idéias nazistas e fascistas, na década de 30, serviram de subsídio para que o exército comandasse um movimento em prol do “ideal” da Educação Física, buscando novamente os objetivos patrióticos e militares. Todavia, esses ideais logo cederam lugar aos objetivos higiênicos e de prevenção de doenças, o que puderam ser trabalhados dentro de um contexto educacional. Frente a esse novo contexto, fazia-se necessária à formação de profissionais qualificados. Porém, apenas em 1937, na elaboração da Constituição Federal, é que se fez a primeira referência explícita à Educação Física, incluindo-a no currículo como prática educativa obrigatória e não como disciplina curricular optativa.

A partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1961, houve um amplo debate sobre o sistema de ensino brasileiro, onde ficou determinada a obrigatoriedade da Educação Física para o ensino primário e médio. O esporte passou a ocupar cada vez mais o espaço nas aulas, adequando-o a objetivos e práticas pedagógicas. Novamente, na década de 70, a Educação Física sofre a influência militar, visando à segurança nacional, estreitando as relações entre o esporte e nacionalismo. Um bom exemplo é a utilização da Campanha da Seleção Brasileira de Futebol, na Copa do Mundo de 1970.

A partir do Decreto nº 69.450, de 1971, considera-se a Educação Física como “a atividade que, por seus meios, processos e técnicas, desenvolve e aprimora forças físicas, morais, cívicas, psíquicas e sociais do educando”.

Na década de 80 inicia-se uma profunda crise de identidade no próprio discurso da Educação Física, devido ao fato de que o Brasil não se tornou uma nação olímpica, o que gerou mudanças significativas nas políticas educacionais, onde o enfoque passa a ser o desenvolvimento psicomotor do aluno, tirando da escola a função de promover o esporte de alto rendimento. Surgem então, as novas tendências da Educação Física. A criação dos primeiros cursos de Pós-Graduação, o retorno de professores doutorados fora do Brasil, novas publicações de livros e revistas ligados à área, o aumento de Congressos e outros eventos dessa natureza foram fatores que contribuíram para essas mudanças.

As relações entre Educação Física e sociedade passaram a ser discutida sob a influência das teorias críticas da educação, discutindo o seu verdadeiro papel e sua dimensão política, assim como a relação pedagógica inerente ao processo ensino e aprendizagem. O aluno passa a ser visto como um ser humano integral, onde as relações sociais são de essencial importância.

Atualmente, a Educação Física Escolar no Brasil sofre fortes influências de teorias pedagógicas, psicológicas, sociológicas e fisiológicas, o que tem amplificado os campos de ação e reflexão para a área e a sua aproximação entre as ciências humanas e biológicas dentro de uma perspectiva de múltiplos olhares do ser humano.

Embora reconhecida como uma área essencial, a Educação Física sofre certa “marginalização” por parte dos coordenadores e supervisores de ensino, e às vezes, até mesmo pelo próprio professor da disciplina, que se convence da sua “pequena importância” frente ao descaso que lhe é dado. Essa situação faz com que, por muitas vezes, ele se “isole” da equipe pedagógica, trabalhando fora dos objetivos multidisciplinares da escola.

A grande influência que o professor de Educação Física exerce sobre os alunos, através da mobilização de aspectos afetivos, sociais e éticos, coloca-o como uma referência importante na formação desses alunos, o que pode estar seriamente comprometido nesta atual situação pedagógica.

“A Educação Física, integrada à proposta pedagógica da Escola, é componente curricular da Educação Básica, ajustando-se às faixas etárias e às condições da população escolar (...)”. LDB, promulgada em 20 de Dezembro de 1996 – artigo 26, § 3º.

Observamos aqui o reconhecimento da Educação Física Escolar como disciplina importante na construção do caráter do futuro cidadão, vistos, acima de tudo como sujeitos sociais, o que é endossado pela proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN, 1997) que adotou a distinção entre organismo – sistema fisiológico – e corpo – contexto sociocultural. Dessa forma, a proposta da Educação Física Escolar deve ser ancorada em situações de ensino e aprendizagem que garantam aos alunos o acesso a conhecimentos práticos e conceituais, onde as atividades culturais, de movimento com finalidades de lazer, expressão de sentimentos, afetos e emoções, sirvam para benefícios psicológicos e psíquicos, onde o aluno seja incorporado à sociedade, desenvolvendo suas potencialidades de forma democrática e não seletiva, visando o seu aprimoramento como seres humanos. Independentemente do conteúdo selecionado, o processo deve acontecer de maneira que respeite as características dos alunos em todas as suas dimensões (cognitiva, corporal, afetiva, ética, estética, das relações inter-pessoais e inserção social). A perspectiva metodológica de ensino e aprendizagem deve buscar o desenvolvimento da autonomia, a cooperação, a participação social e a afirmação de valores e princípios democráticos, através da vivência de situações de socialização e de desfrute de atividades lúdicas, sem caráter utilitário, sendo essenciais para a saúde e o bem-estar coletivo.

No âmbito da Educação Física:

“Os conhecimentos construídos devem possibilitar a análise crítica dos valores sociais, tais como padrões de beleza e saúde, que se tornaram dominantes na sociedade, seu papel como instrumento de exclusão e discriminação social e atuação dos meios de comunicação em produzi-los, transmiti-los e impô-los; uma discussão sobre a ética do esporte profissional, sobre a discriminação sexual e racial que existe nele, entre outras coisas, pode favorecer a consideração do ponto de vista do bem-estar, as posturas não consumistas, não-preconceituosas, não discriminatórias e a consciência dos valores coerentes com a ética democrática”.(PCN, 1997, p. 30).

Conceitualmente todos, sem exceção, devem participar da vida acadêmica, em escolas ditas comuns e nas classes ditas regulares onde deve ser desenvolvido o trabalho pedagógico que sirva a todos, indiscriminadamente (CARVALHO, 1999b). Este enunciado refere-se à necessidade de inclusão social urgente dos alunos com necessidades especiais, conforme orientação da diretoria de educação especial do Ministério da Educação (MEC), considerando que apesar das crianças obesas não estarem citadas pela citada diretoria, muitas vezes requerem condições diferenciadas no seu processo de inclusão escolar.

Podemos elencar como condição de inclusão escolar, apesar de não serem apresentadas pelas políticas inclusivas no Brasil crianças que denominadas atípicas, ou seja, por não serem presentes frequentemente na escola como, as epiléticas, as portadoras de câncer, as com deformidades de face, as cardiopáticas, merecem também determinadas condições favoráveis para sua inclusão.

A “caminhada” da implementação da educação física na escola, como vimos anteriormente, passou por períodos fortemente influenciados por uma tendência competitivista, onde o seu caráter social e pedagógico foi secundarizado. Somente na década de 80 e na virada de 90, por parte de muitos autores é que se evidencia a prática de uma educação física mais humanista e educativa. Porém a mudança é vagarosa.

A Carta Internacional de Educação Física e Desportos, publicada pela UNESCO em 1978 como um documento que veio consolidar a discussão internacional desenvolvida na época sobre o esporte e que apontou para um novo conceito do outro. Destaca, ainda, que se abre a perspectiva de direito à prática esportiva, aumentando-se significativamente a dimensão social de um esporte reconceituado. Na escola, esse direito pode ser interpretado como um direito à prática da atividade física de maneira geral, reivindicado para todos os níveis escolares. Seu significado social passou a abranger manifestações comprometidas com a educação, a participação e a performance, sendo visto como um campo sociocultural de estruturas e conteúdos de grande complexidade, que se apresenta com grande fascínio para todos os atores ativos e passivos, proporcionando oportunidades únicas para a convivência humana.

Aplicando essa concepção a escolas e apoiando-se à prática inclusiva, podemos utilizar a educação física escolar como um programa pedagógico que vise à integração social acima de tudo, respeitando limites, buscando potenciais e gerando oportunidades.

“A perspectiva de transformação se caracteriza pela atitude de reflexão da realidade, modificando a percepção que o indivíduo tem de suas experiências e do mundo que o cerca. Nela, a Educação Física é sempre processo, realimentado pela prática consciente dos sujeitos sobre a realidade esportiva, numa concepção dialética, favorecendo a aprendizagem e avaliação dos resultados. Utiliza-se em sua prática, um esporte em que as regras, materiais e locais são adaptados à realidade dos seus integrantes, ou seja, as habilidades, capacidades e possibilidades dos alunos, valorizando-se o caráter lúdico, a espontaneidade e a iniciativa. Possibilita a participação de todos os interessados, independente de suas habilidades, sendo possível inclusive modificar as regras por decisão e interesse de seus participantes. Nessa perspectiva, o aluno é sujeito do processo, como o principal agente de mudança, ou seja, a realidade se transforma à medida que se modificam as percepções que o aluno tem de suas experiências” (FERREIRA, 1984, p.53).

Assim, cabe ao professor respeitar essa experiência, ajudando o aluno a organizar, e ampliar o seu conhecimento, através da re-sistematização da educação física escolar, voltada para a educação.

Como a obesidade infantil inicia-se na fase pré-escolar, de 2 aos 6 anos e as pesquisas indicam um número crescente de crianças com sobrepeso, agravando-se na fase escolar, este assunto deve ser tratado com cautela. Segundo a Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN), em discussão levantada no 32º Congresso Brasileiro de Pediatria e 10º Congresso Paulista de Pediatria, realizada em São Paulo, a obesidade infantil pode trazer como conseqüência sérios distúrbios psicológicos originados de preconceitos e traumas vividos na época escolar.

“O desenvolvimento afetivo-cognitivo das crianças passa por etapas evolutivas, que dependem de uma estrutura física, mental e emocional adequada para a assimilação de experiências e do aprendizado, sendo mais ou menos correspondentes a determinadas faixas etárias. A capacidade da criança para assimilar regras e valores passa por etapas, esperando-se que por volta dos nove anos de idade seja capaz de exercer alguma crítica com relação às regras, entendendo-as e julgando-as de forma mais autônoma e menos condicionada.” (PIAGET, 1977, p.56).

Tal situação pode ser observada nas crianças que apresentam qualidade no seu desenvolvimento psico-afetivo e em condições ambientais favoráveis, a exemplo da pesquisa elaborada pelo Laboratório de Pesquisas Sobre a Infância, Imaginário e Comunicação da ECA-USP (1989).

No atual contexto da história humana, onde as tecnologias da Informação e da comunicação (TIC) estão transformando muitos aspectos sociais, o risco de exclusão social pode aumentar, uma vez que muitos não têm acesso ou têm acesso restrito a esse meio. Devemos nos lembrar que a experiência de aprendizagem implica, além da instrução informativa, a reinvenção e construção personalizada do conhecimento, onde o prazer de aprender representa uma dimensão-chave.

Os educadores deveriam analisar de que forma a vida dos alunos é uma vida concreta que, em seu dinamismo vital e cognitivo, sempre “gostou de si”, ou ao menos tentou e volta a tentar “gostar de si”, a não ser que a própria educação cometa o crime de anular essa dinâmica vital de desejo da vida, onde os aprendentes sejam meros receptáculos instrucionais, pensando apenas na transição de conhecimentos, supostamente já prontos.

O ambiente escolar deve ser harmonioso, prazeroso e aconchegante, favorecendo o desenvolvimento integral do seu aluno, fazendo com que este enxergue os seus pares como pessoas, esquecendo as suas diferenças (atipicidades), antes sim, buscando ser companheiro frente a elas. Cabe aos profissionais da escola serem intermediários dessa inclusão.

“Não cabe dúvida de que o cérebro necessita do abraço para ser desenvolvido, e as mais importantes estruturas cognitivas dependem deste alimento afetivo para alcançar um nível adequado de competência. Não devemos esquecer, como Leontiev destacou há muitos anos, que o cérebro é um autêntico órgão-social, necessitando de estímulos ambientais para se desenvolver. Sem aconchego afetivo, o cérebro não pode alcançar seus ápices mais elevados na aventura do conhecimento. (...)”(ASSMANN,1998,p.148).

Vivemos em uma sociedade dividida em classes, na qual os privilégios de uns impedem a maioria de usufruir os bens produzidos. Se a vocação humana de “ser mais” só se concretiza pelo acesso aos bens culturais, ela é negada na injustiça, na exploração, na opressão, na violência dos opressores, mas afirmada no anseio de liberdade, de justiça, de lutas dos oprimidos, pela recuperação de sua

humanidade “roubada”. A Pedagogia do Oprimido, segundo Freire, surge como prática da liberdade. O oprimido, às vezes se desvaloriza, justificando a “natural superioridade” do Opressor; outras vezes, inseguro, tem medo da liberdade que não ousa assumir, chegando, às vezes, a renegar a sua condição de oprimido e passando também a ser um opressor (FREIRE, 1992).

Sabemos que, na sociedade dividida em classes, a posse dos instrumentos de sistematização do saber não se dá de maneira homogênea, mas excludente. Se a escola não permite acesso a esses instrumentos, os trabalhadores ficam bloqueados e impedidos de ascenderem ao nível da elaboração do saber, embora continuem, pela sua atividade prática real, a contribuir para a produção do saber (SAVIANI, 1984).

A aprendizagem humana se constitui através de vínculos da criança nas suas relações socio-culturais, cuja base da constituição do sujeito se organiza nas primeiras relações vinculadas basicamente na família, na escola onde é neste espaço que é observado a ampliação das relações sociais, fortalecendo o seu processo de socialização. Neste sentido, a aprendizagem garante a continuidade do processo sócio-histórico, sendo condição de relevância na transmissão de valores da sociedade em freqüente transformação. Surge, portanto, um caminho de ação preventiva e intervencionista dirigido às crianças em idade escolar, possibilitando orientações acerca de um acervo de conhecimentos compatíveis com uma vida em sociedade, onde não cabe a exclusão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), escolas que reconhecem a necessidade de discutir saúde e que reforçam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, oferecendo opções viáveis à prática de ações que a promovam, contribuem para a promoção da qualidade de vida da população (Brasil, 1998a). É papel da escola, formar alunos com conhecimentos e capacidades que o tornem aptos a discriminar informações, identificar valores agregadas a essas informações e realizar escolhas.

O tema “Saúde”, introduzido no currículo escolar através da Lei 5.692 (1971), com objetivo de levar crianças e adolescentes ao desenvolvimento de hábitos saudáveis e, em 1977, com indicativo do Conselho Federal de Educação reafirmando que esse assunto deve ser encarado como uma preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola, serve como

subsídios importantes para a construção da personalidade da criança, tornando-a mais ou menos sociável, frente às oportunidades vividas por ela. Através deste processo de informações, a criança em idade escolar, ajuntará para si toda a carga de informações, boas ou más, que irão constituir toda a base de sua formação. TEIXEIRA, EM 1993, cita sobre a caracterização postural da criança obesa pelo excesso de peso corporal, pela timidez, vícios posturais, hiperlordose lombar e hipercifose torácica, o que irá refletir no seu perfil psicológico. Nesta introversão desenvolvida, a criança apresentará uma baixa auto-estima que certamente irá se refletir no seu rendimento escolar, e, com certeza, o quadro irá se agravar cada vez mais, se o ambiente escolar não for propício a essa criança no que diz respeito ao aspecto das suas relações com seus pares.

CAPÍTULO II

A OBESIDADE INFANTIL COMO FATOR EXCLUDENTE ESCOLAR E SOCIAL

Desfrutando de uma glória sem limites ao longo dos séculos, onde representava riqueza, poder e força aos que acometia, a obesidade era sinônimo de saúde aos poderosos, aos ricos e aos chefes, ao passo que a magreza era associada a um sinal de fragilidade e doença. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS 1995), devido às medidas de higiene e saúde pública cada vez mais difundidas, observou-se uma queda significativa na incidência de doenças infecciosas.

Entretanto, observa-se que a vida urbana tem sido associada a mudanças de comportamento principalmente com relação à dieta, atividade física, fatores estes relacionados de forma importante à obesidade. Com o passar do tempo um novo conceito para a obesidade, já que a vida mais longa permite o aparecimento de complicações relacionadas à saúde. Tal fato se constata em diversos trabalhos e pesquisas elaboradas por órgãos públicos e privados, que relacionam a obesidade a diversas enfermidades atuais (POPKIN *et al*, 1995).

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, calcula-se que cerca de 25% da população mundial é obesa e que destes, 25% morrem por conseqüências diretas ou indiretas da obesidade.

Para agravar a situação, estudos recentes comprovam que a obesidade está estritamente relacionada à ocorrência de diversas doenças que se manifestam na idade adulta, como: problemas endócrinos (BJORNTORP, 1987), câncer, diabetes Melitus, doenças psicossociais (DIETZ, 1998) e cardiovasculares (DWYER, 1998). Algumas manifestações, raras em crianças, podem ocorrer em conseqüência da obesidade: apnéia obstrutiva, cardiomiopatia, problemas ortopédicos, pancreatite e problemas respiratórios (MUST, 1996). Crianças obesas também desenvolvem alterações lipídicas, pressóricas, dermatológicas, que vão se manifestando na idade adulta (FONSECA, 1998).

2.1 - O CORPO IDEAL E A REALIDADE

As dificuldades vividas pelos adolescentes podem ser compreendidas à luz dos aspectos que determinam as práticas e hábitos alimentares. As práticas e hábitos alimentares são determinados por aspectos sociais, psicológicos, culturais, econômicos e subjetivos. Alimentar-se não é apenas um ato biológico é também um ato de prazer (ROTENBERG, 1999).

Outros sentimentos como dúvidas, medo, sofrimento e insatisfação e culpa estão presentes nos discursos dos adolescentes. Esses sentimentos são suscitados nos adolescentes provavelmente em função da hegemonia do corpo esbelto e esguio padronizado por valores culturais e mercadológicos. Porém, os erros sugeridos desencadeiam ainda mais o desenvolvimento da obesidade, o que passa a se caracterizar um ciclo vicioso, podendo mesmo chegar à formação de patologias de caráter físico e emocional.

2.2 - DEFININDO A OBESIDADE

Tratando-se do distúrbio metabólico mais freqüente encontrado na espécie humana, diversos autores buscam definições da obesidade, assim como:

- “Em um aspecto geral, a obesidade é o resultado de uma ingestão calórica que excede o gasto calórico.” (LANCHA JR., 1999).

- “É a quantidade de gordura corporal total, que representa um dos componentes do peso corporal acima dos padrões normais.” (Mc ARDLE *et al*, 1998).

- “É o aumento na quantidade generalizada ou localizada de gordura em relação ao peso corporal.” (GUEDES E GUEDES, 1998).

- “Síndrome de alterações fisiológicas, bioquímicas metabólicas, anatômicas, psicológicas e sociais, caracterizada pelo aumento do tecido adiposo, com conseqüente acréscimo do peso corporal; sendo etiologicamente vinculada a fatores genéticos e ambientais.” (ARTEAGA, SANTOS & OLIVEIRA, 1982).

2.3 - FATORES QUE DESENCADAIAM A OBESIDADE

Durante o transcorrer da vida, o ser humano passa por inúmeras transformações, tanto quantitativa como qualitativas, considerando seu ritmo e intensidade conforme a etapa da vida em que ele se encontra. Cientes disso e analisando que vivemos em uma era marcada pelo consumismo e avanços tecnológicos, notamos uma considerável mudança nos hábitos da população. Entretanto, em meio a essas mudanças, um fator resultante gera cada vez mais estudos, devido a seus números alarmantes: a obesidade.

Nas últimas décadas vem ocorrendo avanços importantes nas condições de saúde das crianças de todo o mundo. Porém, em tempos ociosos, os jogos eletrônicos e a televisão são fascínios aos olhos das crianças, fazendo com que atividades como correr, jogar bola, entre outras, sejam deixadas de lado, haja vista que todas essas atividades requerem um gasto de energia maior. A partir disso podemos focar alguns aspectos relevantes sobre obesidade infantil e na adolescência bem como o sobrepeso, que nos últimos anos tem sido eixo norteador de várias discussões, pois atualmente, assim como a desnutrição, a obesidade em crianças e adolescentes é responsável pelos altos índices de mortalidade até mesmo nos países desenvolvidos.

Também é importante salientar que é nesta fase da vida que o desenvolvimento integral do indivíduo tem extrema relevância, pois aqui ocorrem as maiores transformações, as quais refletem durante toda a vida.

Não existe um único vilão quando o assunto é obesidade. O problema é estrutural, é da sociedade. São diversas as suas causas, tais como: o balanço energético positivo, o sedentarismo, a evolução tecnológica, os hábitos alimentares, dentre outras (PEREIRA, 1998).

Do ponto de vista epidemiológico, é indicado que uma das principais causas para esse aumento de obesos, refere-se às mudanças dos hábitos de vida. No Brasil, embora com menor abrangência em termos de incidência, ocorrem mudanças marcantes nesses hábitos, atingindo parâmetros fundamentais como a alimentação e redução das horas de lazer, o que aumenta, conseqüentemente, a proporção de obesos, e que, na infância, são determinantes para o estabelecimento da obesidade: o desmame precoce e introdução de alimentos inadequados, o

emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios de comportamento alimentar e relação familiar conturbada (FISBERG, 1995). Outro fator importante é o estado emocional. O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiátrica FCM - UNICAMP defende que existe uma alta incidência de indivíduos com compulsão alimentar entre os pacientes obesos que procuram tratamento. Dos pacientes examinados por profissionais deste instituto, apenas 24,5% estavam dentro dos limites da normalidade em termos de hábitos alimentares. Uma alta frequência de episódios bulímicos correlaciona-se positivamente com a incidência (os escores altos da escala de avaliação) de ansiedade e depressão (MARUSSI e DALGALARRONDO, 2000).

Também a genética influencia tanto na maneira em que ocorre a distribuição regional de gordura quanto na adaptação de uma ingesta calórica excessiva. Apesar de ainda não ter sido identificado um gene específico da obesidade nos seres humanos, é possível a verificação de uma tendência à predisposição genética e isso, no início da vida pode possibilitar uma intervenção com dietas e exercícios antes do estabelecimento da condição obesa (McARDLE, 1998; CECIL, 1993).

O meio ambiente também exerce uma influência muito importante no genótipo de um indivíduo. Diversos distúrbios genéticos raros associam-se à obesidade, mas o fazem através de mecanismos desconhecidos: a síndrome de Alstrom, a síndrome de Carpenter, a síndrome de Cohen e a doença de Blount. Cerca de 25% da variação entre as pessoas no percentual de gordura e no peso total de gordura são determinadas geneticamente, enquanto 30% estão associadas à transmissão cultural e 45% são intransmissíveis (BOUCHARD, 1994).

Outra causa da obesidade é o processo de modernização e transição econômica em que vivemos, observado na maioria dos países, o que tem promovido alterações na industrialização da produção alimentícia, que colabora para o consumo de dietas ricas em proteínas e gordura, e pobres em carboidratos complexos. Atualmente existem maior quantidade de alimentos disponíveis, enquanto a demanda energética da vida moderna tem diminuído drasticamente.

Em estudo realizado em crianças nos Estados Unidos demonstrou que um terço do consumo calórico diário das crianças é realizado na escola, onde 88,5%

do estoque das lanchonetes é rico em gordura e/ou açúcar (WILDLEY et al, 2000).

Outra causa da obesidade refere-se às lesões hipotalâmicas, que produzem alterações metabólicas importantes, levando o indivíduo a hiperfagia, hiperinsulinemia, prejuízo da termogênese, além de desordens funcionais no sistema nervoso autônomo (BJORNTORP, 1992).

2.4 - TIPOS E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE

A morfologia do tecido gorduroso não é baseada no acúmulo de camadas de gordura como se fossem demãos de manteiga numa fatia de pão. O tecido gorduroso é constituído por células denominadas adipócitos (ou lipócitos), que exercem intensa atividade metabólica como a formação, decomposição e acumulação de gorduras essencialmente importantes, sob a forma de triacilgliceróis, atuando como o principal depósito de reserva energética do organismo (DANTAS, 1994). Como se sabe, o tecido adiposo é constituído por estas células especiais, o processo de engorda, quer localizado ou generalizado, só poderá ocorrer se houver um aumento do número destas células (Hiperplasia) ou um aumento no volume de cada uma delas (Hipertrofia), ou ainda, uma combinação de ambos.

A obesidade hiperplásica pode se desenvolver até o final da puberdade, pois, chegando à idade adulta, o número e a localização dos adipócitos estarão determinados, não havendo alterações nestes dois fatores, a não ser por meios não naturais (cirurgias plásticas, lipoaspiração, etc.). Este tipo de obesidade está regulada em quatro situações:

1 - Na determinação do genótipo: onde as cargas genéticas irão determinar a composição estrutural do indivíduo;

2 - Durante a fase fetal: influenciada pela alimentação materna - o aumento de peso da mãe, além de 18kg na gravidez, estatisticamente produz crianças com maior tendência à obesidade do que os filhos de mães que tiveram um aumento de peso controlado (MCARDLE *et al*, 1998).

3 – Na primeira infância: onde o conceito estético de ser bonita a criança gorda, a introdução precoce de alimentos sólidos e o criminoso ato do aleitamento artificial desnecessário provocando a hiperplasia.

4 – Na adolescência, sendo a última oportunidade de se observar à hiperplasia adipocitária.

A diferenciação da distribuição do tecido adiposo em consequência do sexo ensina que o volume dos adipócitos varia de uma região corporal para outra em consequência a fatores hormonais, essencialmente sexuais. Assim, sob o efeito da testosterona e de corticóides, as massas de gordura, no homem, acumulam-se na parte superior do corpo, acima de uma linha que passa pelas espinhas ilíacas ântero-superior, caracterizando a obesidade chamada andróide. Na mulher, o acúmulo se dará nas regiões da metade inferior do corpo, abaixo de uma linha horizontal que passa pelo umbigo, caracterizando a obesidade ginóide.

No caso da obesidade hipertrófica, o desenvolvimento pode ocorrer em qualquer fase da vida, predominantemente na fase adulta, sendo, no entanto, reversível, ao passo que a obesidade hiperplásica é irreversível, necessitando, na maioria dos casos, uma intervenção cirúrgica para seu tratamento (CREFF & HERSCHBERG, 1988).

Quanto a outras circunstâncias, a obesidade pode ocorrer em diversos estágios da vida, sendo classificada de acordo com o período em que se desenvolve: *obesidade de longa data*, *obesidade da puberdade*, *obesidade por interrupção de exercícios*, *obesidade secundária a drogas*, *obesidade após parar de fumar*, *obesidade endócrina*, todas podendo atingir níveis variados de desenvolvimento: graus I(leve), II(moderada) e III(grave).

Através desta classificação, podemos concluir que a obesidade não é característica de pessoas “com falta de vontade para emagrecer”, descuidadas com sua aparência, etc., mas também de pessoas acometidas por comprometimento na esfera da saúde física e mental e que merecem todo o cuidado profissional.

2.5 - CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE

Considerada como uma epidemia mundial, a obesidade vem aumentando no Brasil de maneira assustadora, graças às mudanças herdadas do processo

constante de globalização e desenvolvimento tecnológico, ocasionando diferenças sócio-econômicas e epidemiológicas observadas ao longo do tempo, determinadas por transição nos padrões nutricionais, ocorrendo à diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade.

De acordo com estudos recentes, a obesidade não se apresenta de forma isolada, tendo sido freqüentemente associada à ocorrência de outras doenças na fase adulta. A complexidade dos fatores relacionados à obesidade tem exigido maior reflexão a respeito desse problema na infância, evidenciando que uma criança ao se tornar obesa no período escolar e mantendo esta situação durante a adolescência, terá mais chance de se tornar um adulto obeso (DERELIAN, 1995).

Alguns aspectos relacionados à obesidade devem ser lembrados: os diferentes componentes corporais, bem como suas quantidades, sofrem alterações ao longo da vida dos indivíduos, adquirindo características extremamente dinâmicas, pois sofre influência de fatores fisiológicos e ambientais.

A obesidade, além de ser um problema sério de saúde pública, acarreta como fator indutor de comportamentos individuais e sociais, fazendo com que o homem obeso não seja apenas um doente, mas também um excluído (SICHIERI, 1998).

A criança obesa é vítima de preconceitos, adquirindo comprometimentos psicológicos. Os danos vão além do estético, afetando o desempenho intelectual e social da criança, além de ter grande probabilidade de se tornar um adulto obeso, com todas as suas complicações físicas, psíquicas e sociais.

Em palestra proferida no I Encontro de Nutrição e Obesidade de Piracicaba - SP, realizado em Junho de 1999, a Dra. Laudanna aponta que o desenvolvimento da criança se dá em três vertentes: biológica, psicológica e social, sendo que, qualquer desvio em uma delas implicará no desenvolvimento das outras. Laudanna destacou as fases de desenvolvimento da criança, dentro destes aspectos, onde a obesidade sempre esteve presente como fator determinante e negativo durante a sua evolução. Algumas situações como a relação mãe-filho, os conceitos sociais e os aspectos psicológicos foram constantemente analisados, chegando-se à conclusão que a criança sofre várias influências no seu crescimento e desenvolvimento, impostas pela obesidade. Constatou-se ainda que, ao chegar em idade escolar, à criança se vê diante de um dilema: ela que era a “fofinha” da

família, depara-se com cobranças sociais e familiares intensas, fazendo com que ela muitas vezes adote uma atitude de introversão, de timidez e de depressão.

A cobrança da sociedade e da família contra a criança se dá de maneira franca, sem desculpas, o que desenvolve no adolescente um sentimento de falta de amor e descaso. Como consequência desta situação, a criança busca refúgio, se apegando, geralmente, a um amigo, evitando relacionamento em grupos, raramente buscando liderança.

Neste estágio do desenvolvimento e formação de caráter, o convívio social e familiar é de extrema importância. Aqui podemos perceber a baixa da auto-estima.

A obesidade é comumente associada a uma série de doenças metabólicas como a Hipertensão Arterial, a Arteriosclerose, as Dislipidemias e a Diabetes Mellitus, caracterizando uma síndrome metabólica chamada “Síndrome X” (IVKOVIC *et al*, 1992).

Podemos então observar que a obesidade passa a ser um problema de saúde pública, uma vez que as suas consequências são inúmeras, variando o risco quanto à sua gravidade, se não letal, afetando diretamente a qualidade de vida destes indivíduos.

2.6 - OBESIDADE NO AMBIENTE ESCOLAR

A dieta das crianças em idade escolar é sempre discutida, mas atualmente, esse assunto tornou-se relevante com o aumento da obesidade infantil. Estimativas norte-americanas indicam que 30% de suas crianças e adolescentes estão acima do peso e que esse número só tende a aumentar.

No Brasil, onde os hábitos alimentares em uma parcela da população se aproximam dos países desenvolvidos, observa-se que o número de crianças e adolescentes obesos também vem aumentando. Crianças obesas possuem 70% de chance de se tornarem adultos obesos e, conseqüentemente, de se tornarem vítimas de suas complicações.

Na fase escolar, os danos emocionais vitimados pela obesidade estão freqüentemente presentes, gerando a baixa da auto-estima, exclusão do grupo de

colegas, introversão, sensação de ser ridicularizada, motivo de piadas, dentre outros.

Atualmente, as crianças passam a maior parte do seu tempo na escola, e não adianta controlar a comida em casa, se na escola eles comem o que querem, principalmente por sua livre escolha para satisfação própria. Sendo assim, observam-se diferenças entre as condutas dos alunos na escola, o que pode tornar a obesidade um fator social excludente.

A obesidade traz para a criança, problemas de saúde e diferenciação estética, o que pode causar mudanças de comportamento dentro do grupo de amigos. Considerando a moral como o conjunto de regras que determina o comportamento do indivíduo na sociedade, respeitando limites impostos e que a obesidade passa a ser um “desvio” dessas regras, uma atipicidade, torna-se assim, uma coisa imoral, exigindo mudanças das normas do comportamento coletivo, o que provoca o surgimento de novos valores, sendo necessária, uma adequação dessas normas..

Devemos salientar que essa adequação provocará na criança e adolescente, a aceitação ou não dessas novas regras, através da reflexão crítica que irá desenvolver, ou seja, dependerá da aceitação pessoal da norma. Cada um sabe, por experiência pessoal, como isso é penoso, pois supõe a descoberta de que as normas adequadas para certo momento, tornam-se caducas, obsoletas, e devem ser mudadas. As contradições entre o velho e o novo são vividas quando as relações estabelecidas entre os homens, ao produzirem a sua existência por meio do trabalho, exigem um novo código de conduta (ARANHA, 1997). Essa cisão também pode ocorrer no próprio indivíduo, a partir do enredo do seu “drama” pessoal. Mesmo não havendo necessidade de mudança, a singularidade do ato moral nos coloca em situações originais em que só o indivíduo livre e responsável é capaz de decidir. Há certas situações limites, tão faladas pelo existencialismo, em que regra alguma é capaz de orientar a ação.

No século XIX, o filósofo alemão Friedrich Nietzsche (1844-1900) empreende uma crítica radical à moral, colocando-a como incompatível à vida. Se a criança e o adolescente podem inserir em seu caráter as informações adquiridas no ambiente escolar, torna-se imprescindível à reestruturação de conceitos e normas, pois, levará consigo a criação de uma nova cultura, oriunda da moral

imputada na sua formação através das experiências vividas. A situação é preocupante, uma vez que o estilo de vida na idade adulta é determinado, em parte, no período infantil, fazendo parte da constituição efetivação na formação do indivíduo, consolidando a sua vida adulta. Se a obesidade for encarada como uma atipicidade, a criança guardará para si um conceito de exclusão social, sentindo-se imoral, isto é, fora das normas. Essa situação se refletirá nos efeitos não só da criança, mas na própria sociedade como um todo.

A palavra heteronomia (hetero- “diferente”, e nomos- “lei”), significa a aceitação da norma que não é nossa, que é de fora, quando nos submetemos aos valores da tradição e obedecemos passivamente aos costumes por conformismo ou por temor à reprovação da sociedade. E é característica comum do mundo infantil viver em heteronomia.

Esta situação insustentável é expressa pela criança de diversas maneiras. Para expressar o sentimento da criança obesa em relação a essa situação insustentável, recorro ao filósofo Luijpen:

“É o outro, em pessoa que vejo tremendo de medo, que ouço a suspirar cuidados. Sinto sua cordialidade no aperto de mãos, na meiguice de sua voz, na benevolência de seu olhar. Da mesma forma, quem me odeia, quem é indiferente a meu respeito, quem se aborrece comigo, quem tem medo de mim, quem me despreza ou desconfia de mim, quem me quer consolar, seduzir ou censurar, convencer-me ou divertir-me está presente em pessoa a mim. Seu olhar, seu gesto, sua palavra e atitude: ele, em pessoa, está imediatamente presente a mim” citado por Aranha (1997) p.304:

Neste contexto, a criança se vê frente a uma situação imposta pela própria sociedade, onde o belo e o estético são tidos como parte do “normal”, enquanto que a obesidade é diferente, sendo então “anormal”, motivo de exclusão.

CAPÍTULO III

ESCOLA E SAÚDE: prevenção e intervenção em benefício da criança obesa - tratamento multidisciplinar.

Poucos estudos têm sido realizados para estabelecer o mecanismo pelo qual a obesidade presente na infância ou adolescência predispõe à morbimortalidade na vida adulta. Estes estudos são de grande importância para a definição do ponto de corte para classificar a obesidade em crianças e adolescentes e quão intensiva deverão ser as atividades de prevenção e tratamento direcionadas a este grupo. Existe uma clara associação entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, sendo que estas ocupam atualmente o primeiro lugar em causas de mortes no Brasil. Estima-se que a prevenção do excesso de peso/obesidade reduziria a incidência dessas patologias em no mínimo 30% (BRASIL, 1999).

É consenso geral que para atacar a questão da obesidade no país, será preciso a união de várias frentes, sejam elas governo, indústrias alimentícias, escolas, as famílias e a sociedade, na busca da modificação dos hábitos de vida.

Na escola, esse grande espaço promotor de saúde é parceiro do desenvolvimento bio-psico-social da criança, futuro cidadão crítico, deve ser abraçada por todos, buscando oferecer subsídios educacionais preocupados com a criação de um Programa de Educação Alimentar que facilite a adoção de hábitos alimentares saudáveis aos educandos e profissionais envolvidos na comunidade escolar, envolvendo também a participação ativa da família e da sociedade em todos os seus segmentos.

O envolvimento de uma equipe multidisciplinar que conta com a colaboração de professores, educadores, e profissionais administrativos, deve ser enriquecido com profissionais da comunicação na elaboração de um programa educativo como recurso de informação visando ao que chamamos “Educação para a Saúde”. Essa diversatilidade profissional pode e deve ser incrementada com aqueles preocupados com a questão social. Todos, sem exceção, componentes do palco escolar, podem, de alguma maneira ajudar no combate à obesidade infantil.

O presidente da Associação Brasileira de Educação Infantil (ASBREI), Luiz Eduardo Rocha Lima, em 15 de Março de 2004, referindo-se à importância da implantação de um projeto de Educação Alimentar nas escolas, salienta a necessidade urgente da parceria da família e da sociedade na constituição de um programa alimentar saudável nas escolas, onde a participação efetiva destes meios será decisiva para o sucesso ou fracasso do projeto. Segundo ele, é importante que as ações realizadas no meio escolar “atravessem” os muros e alcancem a sociedade como um todo, não delegando somente às escolas a responsabilidade de proteção, apoio e estímulo às práticas saudáveis na vida de nossas crianças e jovens.

3.1 - EDUCAÇÃO, SOCIEDADE E SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), escolas que reconhecem a necessidade de discutir saúde e que reforçam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, oferecendo opções viáveis à prática de ações que a promovam, contribuem para a promoção da qualidade de vida da população.(Brasil,1998a)

De acordo com os Planos Curriculares Nacionais (PCNs) para o Ensino Fundamental (Brasil,1996; Brasil,1998a), a escola deve formar alunos com conhecimentos e capacidades que os tornem aptos a discriminar informações, identificar valores agregados a essas informações e realizar escolhas.

Tida como um espaço de trocas, aquisições e transformações, a escola é o instrumento ideal e real, capaz de reconhecer a criança como futuro cidadão, capaz de agregar valores e conceitos sociais. É aqui que a criança aprenderá sobre relacionamentos e viverá experiências que levará por toda a sua vida. Partindo desse pressuposto, cabe à escola a formação de um quadro de profissionais capazes de agir como facilitadores de um processo ensino-aprendizagem com vertentes que visem à realidade social da criança, respeitando seus anseios, suas vivências, seus medos.

Segundo o texto extraído e adaptado da Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá:

“A saúde se cria e se vive na vida cotidiana; nos centros de ensino, de trabalho e de lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.” traduzido por Luis Eduardo Fonseca (1996, p.6)

A escola, vista como um meio importante no desenvolvimento da criança proporciona um importante e conveniente cenário para a promoção de dietas saudáveis, podendo ainda ilustrar o potencial da mudança na dieta, pois é um cenário, freqüentado regularmente pela criança, tendo a obrigação de agir preventivamente frente às situações negativas que possam surgir.

Surge, portanto, um caminho de ação preventiva dirigido à criança, estimulando hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Entretanto, é indispensável que se reconheça a dinâmica do prazer e desprazer na alimentação e na atividade física. Apesar da maioria das crianças acharem divertido fazer atividade física, muitas não a realizam regularmente (BORRA *et al*, 1995).

A escola também tem papel fundamental ao modelar as atitudes e comportamentos das crianças sobre nutrição. Uma forma de realizar este trabalho é integrar o tema à sala de aula, incorporando conceitos básicos às crianças.

Os pais ainda estão perdidos na onda de mudanças sociais, de orientarem seus filhos e prepararem as crianças para o enfrentamento dos monstros sociais. Os padrões de beleza, a contraposição entre o bem-sucedido e o fracassado frente à sociedade, constituem termos para aprovação ou não da criança frente à família e a sociedade.

3.2 - ESCOLA/CRIANÇA: evolução paralela ou transversal?

Desde o início de sua criação, meados de século XV a escola, enquanto instituição educadora, sofreu mudanças importantes e contínuas, buscando adaptações sociais cabíveis com a realidade do momento histórico. No início não havia separação por classes ou idades, nem mesmo uma disciplina rígida, como nos dias atuais., porém, a institucionalização do ensino trouxe para as crianças uma nova concepção social. Aquela criança, que até então era tida como um “ser

cômico e gentil, com o qual as pessoas se distraíam com afeição”. Continuando, o autor passa a exigir um compromisso social maior por parte da sociedade, com bases morais e educacionais. Todavia, a instituição educacional não buscava respostas aos anseios da criança, e sim, aos da sociedade, o que terminava por implantar nas crianças um caráter de amadurecimento precoce, gerando adultos em miniatura.

Mas, e hoje, com a evolução tecnológica, novos paradigmas educacionais e a modernização do ensino, o enfoque educacional é norteado por parâmetros compatíveis com a Pós-Modernidade? As crianças, enquanto cidadãos são atendidos em seus reais anseios, relacionados à sua formação crítica, nem sempre expostos? Será que a escola, fortemente presente na formação do cidadão, em um momento crucial de sua vida, corresponde às expectativas propostas? O corpo docente, a direção e demais funcionários estão devidamente preparados? E a sociedade? E a família? Não seria hora de rever alguns conceitos e adotar medidas que condizem com a realidade atual do perfil da criança obesa?

A sociedade atual exige que o menino receba o tempo todo, mensagens sobre o que não deve fazer. O homem admitido para a socialização vive polaridades sociais pré-determinadas pela sociedade, adotando esse conceitos como normas, o que determina os desvios, que devem ser evitados. A criança hoje, sabe e percebe o seu papel social, exige e luta por seus direitos, nem sempre respeitados pelos meios em que vive. Em se tratando de uma atipicidade, a obesidade cria uma série de exigências por parte da criança, frente a seus pares: se não por ela, pela própria sociedade.

A inclusão é um processo amplo, repleto de transformações e que vem acontecendo em todo o mundo, necessitando, porém de uma real adaptação social como pré-requisito para que a pessoa com necessidades especiais possa buscar seu desenvolvimento e exercer a cidadania.

Para promover uma sociedade que aceite e valorize as diferenças individuais e aprenda a conviver dentro da diversidade humana, através da compreensão e da cooperação, a escola como espaço inclusivo tem sido alvo de inúmeras reflexões e debates, que nos remete às dimensões físicas e atitudinais que permeiam a área escolar, onde diversos elementos como a arquitetura,

engenharia, transporte, acesso, experiências, conhecimentos, sentimentos, comportamentos, valores, etc. coexistem (CIDADE e FREITAS, 2002).

O ambiente escolar do séc. XXI sofre inúmeras transformações influenciadas em grande parte pela implantação do avanço tecnológico, em uma sociedade extremamente capitalista. As cantinas das escolas oferecem alimentos atrativos quanto à sua aparência, a preços tentadores e de fácil acesso para a criança, porém, sem bases nutricionais próprias e aplicáveis a um estilo de vida saudável.

É necessário que a escola assuma seu papel social, adaptando-se às novas exigências desse mundo capitalista, buscando mudanças desde a sua estrutura física até a sua estrutura pedagógica. Para que uma escola seja uma comunidade, é necessário que os agentes envolvidos decidam sê-lo: equipe diretiva, conselho escolar, assembléia de mães e pais, membros do sistema de ensino com competência no tema, para que possa assegurar um envolvimento e uma participação real, partindo-se da combinação entre o prático, o acadêmico e o comunicativo, fazendo com que a comunidade e as famílias co-participem deste processo que deve ser totalmente inclusivo.

“Uma sociedade onde caibam todos só será possível num mundo no qual caibam muitos mundos. A educação se confronta com essa apaixonante tarefa: formar seres humanos para os quais a criatividade e a ternura sejam necessidades vivenciais e elementos definidores dos sonhos de felicidade individual e social”
(ASSMANN,1998, p.29).

Ainda segundo o autor, precisamos introduzir na escola o prazer de ensinar, provocando uma reviravolta dos sentidos - significados, visando re-encantar a educação. E que esta reviravolta sirva para sanar os verdadeiros anseios sociais atuais, aproveitando o inegável fato de que a escola é o local onde os programas de educação e saúde podem ter maior e melhor repercussão porque abordam e influenciam o educando em fases importantes de suas vidas, como a infância e a adolescência.

O aproveitamento da relação entre educação e saúde deve permitir o desenvolvimento de bons hábitos de higiene e saúde a partir das escolas, criando ambientes promotores de saúde.

As crianças vão se entendendo enquanto pessoas, que são indivíduos diferentes e que se constroem e se estruturam nas diferenças. Muitas vezes, os valores das crianças são diferentes e o próprio desenvolvimento individual pede tempos diversos. Se garantirmos os tempos diferentes de crescimento, as crianças poderão aprender umas com as outras, sendo essencial lembrar que a aprendizagem se dá pela troca de experiências.

3.3 - TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE

Devido às complicações oriundas da obesidade, o problema deverá ser visto como um todo. As diversas áreas envolvidas no controle e combate desta enfermidade devem estar em comum acordo quanto às normas aplicáveis em cada caso.

A história nos ajuda a compreender quando, como e por que a idéia do excesso de peso como patologia foi ganhando espaço e assim assumida em nossos dias. A cultura do controle do peso ganhou sua independência e seu espaço social, e o resultado disto neste século é uma mudança significativa das preocupações humanas. A sociedade ocidental vive um conflito entre o desejo e o controle, onde o último deve vencer o primeiro. Diferenciar e estabelecer o que é e o que não é patologia nesta área tem sido um dos maiores desafios dos profissionais que lidam com transtornos alimentares.

São muitos os teóricos que vêm se dedicando ao estudo do corpo e das patologias alimentares, reflexões que combinam discussões da Filosofia, Psicanálise, História, Antropologia, Psicologia, Medicina e outras áreas afins, formando um campo teórico multidisciplinar que possibilita a melhor compreensão do corpo e da alimentação na contemporaneidade.

Disciplinas como Food Studies, Body and Society, Women Studies, Public Health, Medical Sociology, são somente alguns exemplos de espaços acadêmicos no exterior em que se reflete e se discute o problema da obesidade sob enfoque multidisciplinar. A exemplo disto, as universidades brasileiras vem abrindo cada vez mais espaço neste campo, e a Psicologia vem adquirindo destaque nesta área (STENZEL, 2002).

As atividades exercidas na escola, na família e na sociedade devem ter o intuito claro de promover a saúde da criança. Fatores indesejáveis como o sedentarismo, alimentação desequilibrada, maus hábitos familiares e sociais devem ser combatidos pelos profissionais e demais segmentos envolvidos com o problema, buscando a prevenção e tratamento da obesidade de forma coesa e efetiva. Para isto, programas especiais devem ser criados, com respaldo nas bases profissionais competentes, na tentativa de esclarecer e criar metas reais de combate e prevenção da obesidade infantil e suas complicações. Estes programas, uma vez embasados nas opiniões dos especialistas na área devem ser adotados como medida especial e essencial ao combate da obesidade infantil.

CAPÍTULO IV

O DESPREPARO PROFISSIONAL E SOCIAL FRENTE À OBESIDADE INFANTIL

Existe um consenso de que para atacar a questão da obesidade no país, será preciso a união de várias frentes, sejam elas do governo, indústrias, escolas e famílias, gerenciando recursos profissionais e pessoais que visem a mudança dos hábitos de vida. Cabe aos profissionais da saúde e da educação, papel importante neste processo, participar ativamente, junto à sociedade como um todo para desenvolver programas de prevenção da obesidade.

Tendo a escola uma participação de coadjuvante no processo de educação, formação de hábitos e de respeito a valores, o objetivo que se deseja alcançar - *de uma população saudável* - só será atingido com a firme participação da família e dos segmentos sociais. Para tanto, os meios sociais, com incentivos de órgãos governamentais devem sofrer uma profunda re-estruturação:

As indústrias alimentícias, dominadas pelo sistema capitalista, devem rever a composição básica de seus produtos, atraentes para as crianças, porém com pouquíssimo valor nutritivo.

O aumento da atividade física diária e a adoção de bons hábitos alimentares são fatores indiscutivelmente favoráveis à redução dos índices da obesidade e suas complicações. Porém, o que realmente é feito hoje, nas escolas? No geral, as aulas de Educação Física não são direcionadas à aquisição da mudança de hábitos sociais, sendo, em alguns casos ainda, programadas simplesmente para “preencher o horário escolar”.

“Não é por acaso que a Educação Física não tem importância nas escolas (...) Os problemas de rejeição da Educação Física agravam-se quando ela puder mostrar que as pessoas vão à escola mas não aprendem(...) É um ensino que se dirige a crianças ideais e não a crianças reais” (FREIRE, 1992, p.115).

As cantinas, por sua vez, são repletas de produtos hiper-calóricos, transformando-se em verdadeiros pontos comerciais no interior da escola, onde o único objetivo é o lucro.

As famílias vivem sob pressão constante dos compromissos sociais, onde os exemplos repassados aos filhos são espelhos de uma realidade frustrante, onde a saúde é equivocadamente colocada em segundo plano.

A sociedade, através de conceitos e preconceitos faz exigências constantes acerca do ser humano, para que seja enquadrado no rol das aparências tidas como normais, sem se preocupar em oferecer meios realmente eficazes para a adaptação dos excluídos.

Essa mudança poderia gerar uma boa estratégia na mudança de comportamentos indesejados em uma sociedade pode ser realizada através de programas de marketing. O autor assinalou que, na aplicação de novos conceitos a um grupo social, tem-se de aplicar conceitos filosóficos e técnicas de marketing que envolvam benefícios sociais.

4.1 - A SAÚDE NO BRASIL

A prevenção da saúde no território brasileiro não tem sido preocupação dos meios de comunicação para mudanças de concepções preconceituosas, em relação a determinadas doenças.

“A tendência atual, que se observa, é que os meios de comunicação estão limitando-se a dar ênfase a um marketing de assistência médica ao consumidor, quando o que se pretendia é reviver a medicina preventiva. Para que isso acontecesse, seria importante a contribuição dos meios de comunicação, levando ao cidadão informações sobre ações concretas que demonstrassem as diversas práticas de promover a saúde. Ainda que favorecessem a efetiva participação de cada um na gestão de seus problemas de saúde, espera-se que através da conscientização da comunidade ela possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista a agente social” (KRUEL, 1996, p.139, citado por MOREIRA, 2000).

Continuando, o mesmo autor reforça em seu discurso que o tema da saúde não é propriedade do médico e a medicina tem a ver com a doença, porém quem trata da saúde somos todos nós, profissionais de todas as áreas e o próprio cidadão.

“Cada um de nós nasce com sua própria individualidade, a sociedade não consegue respeitar essas diferenças dos indivíduos, estabelecendo padrões de comportamentos e até de sentimentos, reprimindo suas diferenças individuais e, conseqüentemente seu potencial” (MOREIRA, 2000a, p 124).

O autor diz também que, em sua trajetória construtiva, a escola foi basicamente regida por profissionais de diversas áreas do conhecimento, principalmente da área médica, o que influenciou de maneira definitiva na formação de futuros educadores.

Em se tratando da obesidade infantil, o tema ainda não foi devidamente tratado no ambiente escolar e social, podendo-se observar que as estratégias utilizadas nos programas informativos acerca do assunto são veiculadas de forma tímida, na expansão dos currículos formais e informais das instituições escolares, o que se reflete na atual situação do problema.

4.2 - A COMUNICAÇÃO COMO INTERVENÇÃO

A falta de informação sobre a prevenção e intervenção da obesidade infantil faz com que o ambiente escolar deixe de ser um palco propício para seu tratamento, para se tornar um meio seguro para aumentar cada vez mais os índices brasileiros de obesidade infantil. Professores e demais profissionais da escola deveriam conhecer melhor seus alunos, seus anseios, suas limitações, o que favoreceria em muito na elaboração de um programa onde os direitos seriam respeitados e os resultados surpreendentes.

Nesse sentido, a informação deve contribuir para a elaboração do conhecimento que, quando internalizado, tende a modificar ou a criar novos comportamentos, melhorando a relação e a comunicação dos educadores e seus alunos descritos como atípicos, pois a comunicação é um processo social da maior importância para o funcionamento de qualquer grupo, organização e sociedade (MOREIRA, 2000).

4.3 - A PRÁTICA DOCENTE ACERCA DOS PROBLEMAS SOCIAIS

Pra refletir sobre o trabalho pedagógico desenvolvido nas escolas, podemos buscar a análise curricular dos diretores, professores e funcionários envolvidos no processo do ensino. Os sujeitos que nela atuam tendem mais a ações isoladas que a um esforço de reflexão conjunto que propicie melhoras individuais e coletivas.

“A sociedade ocidental tem-se mostrado preocupada com os resultados insatisfatórios de longos e custosos processos de escolarização: nas sociedades industrializadas, a escola conseguiu chegar a lugares mais inacessíveis e às camadas sociais mais desfavorecidas. Não obstante, nem a preparação científico - técnica, nem a formação cultural e humana, nem sequer a desejada formação compensatória alcançaram o grau de satisfação prometido” (NÓVOA, 1997, p.95).

A verdade é que os problemas sociais estão se multiplicando, onde a obesidade infantil aparece como um destaque, e que a família, a sociedade e a escola não estão verdadeiramente capacitadas para combatê-los. Por sua vez, a sociedade sempre busca um culpado: se existem problemas, o culpado principal é a escola, se ela não os resolve, os culpados são os professores. Os políticos, os pais, os donos da economia e do emprego saem sempre em da situação privilegiada.

Na escola, os professores estão sempre em cena, presentes de maneira decisiva na formação da criança. Porém, o respaldo oferecido pela escola e sociedade não lhe serve como base segura para a resolução dos diversos problemas que surgem no desenvolvimento da criança. Estas e outras dificuldades vêm mostrar que os professores e diretores necessitam cada vez mais de uma formação profissional e continuada, centrada sobre a atividade concreta de cada escola, de modo a permitir gerar os saberes adequados à resolução destes problemas sociais. Porém, não é este o caminho que vem sendo percorrido. Nos últimos anos tem ocorrido uma diminuição na duração dos componentes profissionalizantes da formação dos educadores, na sua retirada da escola, na sua entrega a instituições e pessoas estranhas ao ambiente escolar. Dessa maneira, as orientações e as soluções apontadas estão cada vez mais afastadas da realidade e, portanto mais frágeis.

Precisamos re-inventar a escola, re-encantar a educação frente a uma sociedade mais exigente.

Ser professor não basta. É preciso interagir à sociedade e enfrentar os problemas sociais de frente, oferecendo recursos reais à sua solução.

“O período pós 1964, iniciado por uma longa fase de educação autoritária dos governos militares, em que se predomina o tecnicismo educacional. Depois de 1985, tem início uma transição que dura até hoje, revelando o enorme atraso em que o país se encontra em matéria de educação para todos” (GADOTTI, 2000, p.25).

A verdade é que ainda entendemos muito pouco sobre a educação, mas sabemos como funciona a sociedade capitalista, para dar rumo a esta educação. As cantinas, que visam lucro às escolas, buscam oferecer alimentos atrativos, nem sempre saudáveis, sem se importar com a qualidade de vida dos alunos. Em nossas escolas, ainda há muito a acontecer em termos de solidariedade, em relações humanas, cooperação.

Devido à globalização do modelo neoliberal, a predominância do mercado sobre a ética, da competição sobre a cooperação e do indivíduo sobre o social, ocorre a fragmentação da sociedade, onde interesses prevalecem e são deixados de lado os problemas coletivos. Dessa forma, históricas conquistas sociais vão sendo diluídas no contexto atual, repleto de crises econômica e ética, onde observamos uma sociedade desmobilizada, uma apatia da juventude e o desinteresse governamental frente aos anseios sociais.

Ao se pensar na formação de professores, um ponto que não pode ser esquecido é a realidade das escolas brasileiras, as diferenças sociais, os excluídos e acima de tudo, o envolvimento profissional com os problemas sociais. Justamente por acolher a todos, tornam-se necessárias muitas mudanças nos currículos, nas relações com a sociedade, na formação de educadores, no diálogo com os segmentos da comunidade escolar e local. O diálogo, como encontro dos homens para tarefa comum de saber agir se rompe, se seus pólos, (ou um deles) perdem a humildade (FREIRE, 1979).

É necessário que a escola torne-se um espaço democrático, um espaço de formação contínua onde as idéias, os saberes e as diferenças sejam acolhidos com respeito e solidariedade. Ao tratarmos sobre a formação de educadores,

entraremos em questões sociais muito mais do que em questões pedagógicas. As atribuições desse professor, para quem analisa de fora do contexto escolar, parecem ser estritamente pedagógicas, porém, quem conhece o ambiente escolar sabe que não é somente isso que cabe a um professor.

Podemos afirmar que as possibilidades de conquista de uma sociedade justa e fraterna passam, inevitavelmente, pelo ambiente escolar e que, a escola deve assumir o seu papel social, seja na formação de professores, seja na formação de alunos, através das adaptações necessárias..

O problema da obesidade infantil é real, soluções existem. Faltam apoio dos órgãos governamentais para a elaboração de programas de caráter preventivo, através de iniciativas viáveis e eficientes na construção de um modelo transformador da realidade da criança obesa. O processo intervencionista é lento, devendo ser contínuo, somado a competências técnicas.

CAPÍTULO V

OBJETIVOS

Geral: Identificar conhecimentos e possíveis estratégias de prevenção e intervenção que educadores das quatro primeiras séries do ensino fundamental têm em relação ao aluno obeso.

Específicos:

- 1- Identificar junto a educadores de (01) escola pública e (01) particular, ambas do ensino fundamental, quais são os possíveis fatores determinantes da obesidade de alunos;
- 2- Identificar quais são as possíveis estratégias que educadores podem apresentar como recurso preventivo da obesidade em alunos das quatro primeiras séries do ensino fundamental.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho, envolveu aspectos de caráter qualitativo e quantitativo descritivos, considerando o uso dos instrumentos que foram utilizados na coleta dos dados. Para tanto, passamos a descrever o perfil dos participantes da pesquisa, seguido dos instrumentos e os procedimentos utilizados, enunciados a seguir. Cabe ressaltar que o projeto desta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), respeitados todos os princípios que regulamentam a realização do trabalho científico com seres humanos (Anexos, p.83-84).

6.1 - PARTICIPANTES

Definimos como participantes do estudo, todos os educadores em exercício pleno da profissão, indistintamente selecionados nas 02 escolas do ensino fundamental, sendo uma da rede pública e outra da rede privada de ensino, da cidade de São João Del Rei – MG, envolvendo diretor (a), vice-diretor (a), pedagogos e professores das instituições, onde foi traçado o perfil dos mesmos, referente a: idade, estado civil, grau de escolarização, série que lecionam, tempo de magistério, convivência ou não com aluno obeso, local da convivência e idade do aluno na ocasião, sendo mantido o sigilo dos educadores participantes da pesquisa.

6.2 - INSTRUMENTOS

Para realizar o trabalho de pesquisa, adotando um cronograma das atividades para a coleta de dados foram elaborados alguns instrumentos que foram utilizados para nortear a pesquisa, citados a seguir:

- 1- Cartas de esclarecimento e consentimento assinada pelos diretores das 02 escolas, autorizando por escrito a realização da pesquisa proposta (anexo 01);
- 2- Carta de autorização assinada por todos os educadores das respectivas escolas, autorizando sua participação na pesquisa (anexo 02);
- 3- Ficha de identificação de todos os educadores envolvidos na pesquisa (anexo 03);
- 4- Escala de conceitos sobre possíveis fatores determinantes da obesidade em alunos das quatro primeiras séries do ensino fundamental (anexo 04);
- 5- Escala sobre possíveis Estratégias de Prevenção no Ambiente Educacional em relação à obesidade do aluno (anexo 05)

As escalas utilizadas, do tipo LIKERT, foram elaboradas, tendo como proposta de serem instrumentos para identificar conceitos e estratégias de prevenção que educadores têm em relação ao desenvolvimento da obesidade em alunos das quatro primeiras séries do ensino fundamental e suas implicações no ambiente escolar.

6.3 - PROCEDIMENTOS

Os diretores das escolas onde se propôs desenvolver a pesquisa foram contatados pelo pesquisador, verbalmente, e após mediante carta de consentimento, visando esclarecimentos diversos acerca dos objetivos da pesquisa. Uma vez aprovada a realização do estudo, foram adotados os seguintes procedimentos:

- 1- Entrega da carta nas escolas, solicitando aos diretores que autorizem a realização da pesquisa, estabelecendo cronograma para aplicação das escalas pelos educadores.
- 2- Entrega da carta e ficha de identificação dos educadores de ambas as escolas, para que os mesmos autorizassem a realização da pesquisa e preenchessem a ficha.

3- As fichas de identificação e as escalas foram aplicadas individualmente a cada educador de ambas as escolas, respeitando o cronograma previamente estabelecido pela direção e demais educadores para que não comprometesse o funcionamento escolar. Ao aplicar as fichas e as escalas, o pesquisador forneceu todas as instruções adequadas ao seu preenchimento.

CAPÍTULO VII

ANÁLISE DE RESULTADOS

Através da análise dos dados coletados nas duas escalas, após traçar um ponto de corte delimitado em percentuais para cada tipo de resposta, pretendeu-se:

- Obter o somatório da pontuação em cada escala de 15 questões, avaliando níveis de concordância e discordância para cada resposta, de todos os avaliados, em conjunto.
- Identificar o grau de conhecimento do corpo docente, através de classificação por faixas de pontuação.
- Indicar ações preventivas de acordo com cada faixa de pontuação.

7.1 - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A base de dados foi coletada por meio de dois questionários aplicados junto aos professores do ensino fundamental, de primeira a quarta série, em uma escola da rede pública e outra da rede privada, ambas na cidade de São João del Rei – MG.

O primeiro questionário teve por objetivo conhecer o conceito que os educadores têm relação à obesidade infantil, a fim de conhecer a influência da obesidade do aluno e as implicações dessa situação no relacionamento para com seus pares no ambiente escolar, assim como o desempenho do aluno frente às propostas educacionais.

O segundo questionário teve por principal objetivo abordar a opinião dos educadores sobre as estratégias de prevenção no ambiente educacional em relação à obesidade dos alunos.

Cada um dos questionários apresentou 15 questões, descritas nos Anexos IV e V, respectivamente. As respostas foram dadas conforme a escala de tipo Likert.

Na escola pública foram entregues 10 questionários e foram devolvidos 10 respondidos e na outra escola de iniciativa privada, dos 10 questionários entregues foram devolvidos 7 respondidos.

A análise das respostas obtidas foi proporcional ao número de questionários devolvidos e preenchidos, respeitando-se as diferenças percentuais quanto ao somatório global por escola.

A tabela 1 mostra a tabulação dos dados para o questionário sobre o conceito que os educadores têm em relação à obesidade infantil.

Tabela 1: Tabulação dos dados do questionário sobre o conceito que os educadores têm em relação à obesidade infantil.

Questões	EPub. *						EPart. *					
	DT	D	DP	CP	C	CT	DT	D	DP	CP	C	CT
1	2	7	0	1	0	0	0	0	0	1	4	2
2	0	1	0	0	1	8	1	1	4	1	0	0
3	2	0	0	0	3	5	0	0	0	0	3	4
4	0	1	0	7	1	1	0	0	0	6	1	0
5	0	1	0	7	2	0	0	0	1	4	2	0
6	0	0	0	2	0	8	0	1	0	1	3	2
7	0	1	0	0	0	9	0	0	1	0	5	1
8	0	0	0	1	3	6	0	0	0	0	5	2
9	0	0	0	2	1	7	0	0	1	0	3	3
10	0	1	0	2	7	0	0	0	0	2	3	2
11	0	0	0	0	2	6	0	0	0	2	3	2
12	0	0	0	2	6	2	0	1	0	3	3	0
13	0	1	0	0	0	9	0	0	0	0	4	3
14	0	0	0	7	2	1	0	0	0	0	4	3
15	0	0	0	2	0	8	0	0	0	1	4	2
Total	4	19	0	33	22	70	1	3	7	21	47	26

Nota: EPub. * – Escola da Rede Pública
EPart. * – Escola da Rede Privada

A tabela 2 apresenta a tabulação dos dados para o questionário sobre as estratégias de prevenção no ambiente educacional em relação à obesidade do aluno.

Tabela 2: Tabulação dos dados para o questionário sobre as estratégias de prevenção no ambiente educacional em relação à obesidade do aluno.

Questões	EPub. *						EPart. *					
	DT	D	DP	CP	C	CT	DT	D	DP	CP	C	CT
1	0	0	0	7	3	0	0	0	0	1	4	2
2	0	0	0	0	4	6	0	0	0	2	4	1
3	0	0	0	0	1	9	0	0	0	1	4	2
4	0	0	0	0	0	10	0	0	0	1	2	4
5	0	0	0	0	0	10	0	0	0	1	3	3
6	0	0	0	1	1	8	0	0	0	1	2	4
7	0	0	0	0	1	9	0	0	0	1	5	1
8	0	0	0	1	7	2	0	0	0	2	4	1
9	0	0	0	1	7	2	0	0	0	0	4	3
10	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	3	4
11	0	0	0	0	1	9	0	0	0	0	4	3
12	0	0	0	0	0	10	0	0	0	1	5	1
13	0	0	0	1	1	8	0	0	0	0	4	3
14	0	0	0	1	3	6	0	0	0	2	5	0
15	0	0	0	1	2	7	0	0	0	2	5	0
Total	0	0	0	13	38	99	0	0	0	15	58	32

Nota: EPub. * – Escola da Rede Pública

EPart.* – Escola da Rede Privada

Para análise estatística dos dados foi aplicado o teste de proporções, descrito em TRIOLA (2005), cuja estatística é dada por:

$$z_c = \frac{(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{pq \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \quad (1)$$

em que:

$\hat{p}_1 = \frac{x_1}{n_1}$, a proporção da amostra 1, sendo x_1 o número de sucessos e n_1 o tamanho;

$\hat{p}_2 = \frac{x_2}{n_2}$, a proporção da amostra 2;

$p_1 - p_2 = 0$ suposto na estatística do teste;

p é a estimativa combinada de p_1 e p_2 , sendo $p = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}$;

e $q = 1 - p$.

O valor calculado de z_c é comparado com z_t , sendo z_t o valor tabelado da distribuição normal padrão a um nível de 5% de significância. Quando $z_c \leq z_t$ o teste é não significativo, isto é, não existe diferença entre as proporções. Caso contrário, o teste é significativo, ou seja, existe diferença entre as proporções.

Em todos os testes foi tomado como proporção, o número de respostas concordo e concordo totalmente pelo número total de respostas.

No questionário sobre o conceito que os educadores têm relação à obesidade infantil, foram feitos três testes.

No primeiro teste foi feita a comparação global entre as duas escolas, os resultados encontram-se na Tabela 3. Pode-se dizer que ao nível de 5% de significância não existe diferença entre a opinião dos educadores das duas escolas.

Tabela 3: Teste de proporção para comparação global entre as escolas, para o questionário sobre conceitos que os educadores têm em relação à obesidade infantil.

Confronto Global	Ho: $p_1 = p_2$					
	n	P	p_i	p	z_c	$z_{t(0,05)}$
EPub.	150	0,613	92	0,647	1,347	1,645
EPart.	105	0,695	73			

Nos demais testes foram comparados, respectivamente, as proporções da questão 1- “*A obesidade infantil deve ser controlada com medicação*” e da questão 2- “*A obesidade infantil traz desordem emocional ao seu portador*”. A Tabela 4, desses testes, ao nível de 5% de significância, tem-se que existe diferença entre as opiniões dos educadores das duas escolas.

Tabela 4: Teste de proporção para comparação das questões 1 e 2 entre as escolas, para o questionário sobre conceitos que os educadores têm em relação à obesidade infantil.

Questão 1			Ho:p1=p2			
	n	P	pi	p	zc	zt(0,05)
Epub.	10	0	0	0,3529	3,64	1,645
EPart.	7	0,857	6			
Questão 2			Ho:p1=p2			
	n	P	pi	p	zc	zt(0,05)
Epub.	10	0,9	9	0,5294	3,659	1,645
EPart.	7	0	0			

Em relação à questão 1 “*A obesidade infantil deve ser controlada com medicação*”, talvez devamos levar em conta que um dos fatores desta divergência de opiniões pode estar relacionado com a vivência dos educadores frente à realidade sócio-econômica por parte dos alunos, sendo que, os medicamentos utilizados para o tratamento da obesidade são, geralmente caros, muitas vezes acessíveis somente aos de classe média alta, com pouca possibilidade para os de classe de menor poder aquisitivo;

Já em relação à questão 2 “*A obesidade infantil traz desordem emocional ao seu portador*”, o próprio ambiente escolar, formado por grupos sociais diferentes, deve ser o reflexo desta divergência de opiniões, uma vez que a exclusão social é vivenciada não somente no ambiente escolar, mas também em todos os meios sociais frequentados pela criança, onde suas relações com a família e a sociedade passam, obrigatoriamente por situações de convívio intenso e realidades, muitas vezes, frustrantes.

No questionário 2, sobre a opinião que os educadores têm acerca de estratégias de prevenção no ambiente educacional em relação a obesidade dos alunos, os resultados encontrados são expressos abaixo, na Tabela 5, podendo-se dizer que ao nível de 5% de significância, não existe diferença entre a opinião dos educadores das duas escolas.

Tabela 5: Teste de proporção para comparação global entre as escolas, para o questionário sobre a opinião que os educadores têm acerca de estratégias de prevenção no ambiente educacional em relação a obesidade dos alunos.

Ho: $p_1=p_2$						
Escola	n	P	p_i	p	z_c	$z_{t(0,05)}$
E Pub.	150	0,913	3	0,035	2,393	1,645
E Part.	105	0,857	6			

Através da análise dos dados coletados, podemos observar pela comparação dos 2 questionários, uma real preocupação por parte dos educadores, frente ao problema da obesidade infantil no ambiente escolar. O confronto entre os resultados obtidos nas 2 escolas, em análise global comparativa, nos mostra uma concordância significativa para as questões apresentadas.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola, através da sua sistematização ao longo da história, mostrou-se um instrumento de grande controle e capacidade adaptativa frente às exigências culturais e econômicas da sociedade brasileira, o que determina a qualidade, o conteúdo e a distribuição da educação, revelando formas e modo de atingir e preservar valores, nem sempre expressos, mas importantes componentes de uma sociedade organizada.

Desta forma, a organização escolar nem sempre está co-relacionada com a organização social, sendo que a evolução do sistema educacional brasileiro constitui uma afirmação de que a educação, em uma sociedade de mudanças conceituais de forma contínua, deva oferecer ao educando, uma posição social mais vantajosa, frente às exigências sociais com predomínio capitalista, deixando de lado questões importantes de caráter pessoal do cidadão.

Ao indivíduo e à sociedade, devem ser dadas oportunidades reais e suficientes para que as capacidades e potencialidades globais do ser humano e das questões de abrangência social possam se desenvolver harmonicamente, em todos os aspectos bio-psico-sociais.

A sociedade, com seus múltiplos mecanismos sistematizados pelas exigências regimentais, tem buscado na escola, uma base coesa e fundamental na formação do cidadão, porém em via de sentido único, sem reciprocidade. Assim sendo, o cidadão estará sempre a serviço da sociedade, como construtor ordenado pelas necessidades do processo de evolução global, sendo “comandado” pelo sistema da ideologia dominante, fundamentado em interesses muitas vezes ocultos e implantados de maneira sutil. Isto faz com que as necessidades reais e vitais do ser humano sejam sacrificadas em prol de um “bem maior” – o avanço tecnológico, necessário para todos, porém, oportuno para alguns.

Enquanto isso, alguns problemas sociais passam por um período de preocupação em nível de segundo plano, o que permite um aumento importante nos seus índices. A exemplo disto podemos perceber o crescente aumento da obesidade infantil em todos os segmentos sociais, que passa a ser constante, trazendo consigo as suas implicações no desenvolvimento da criança, levando suas conseqüências para a vida adulta e, logicamente para toda a sociedade.

As pesquisas citadas ao longo deste trabalho, apontam que a obesidade infantil é um problema real e sério, sendo desencadeado por inúmeros fatores, trazendo conseqüências desastrosas para o desenvolvimento global do indivíduo. Segundo os resultados desta pesquisa, os educadores concordam em quase totalidade que a obesidade causa transtornos diversos às crianças e nas suas relações com seus pares, atingindo parâmetros psíquicos, sociais, físicos e cognitivos, proporcionando uma expressiva deficiência no processo educacional global.

O processo da globalização, de caráter dinâmico e útil ao desenvolvimento mundial, traz consigo uma gama de eventos e adaptações sociais, muitas vezes “nocivos” às reais necessidades orgânicas do ser humano, como é o caso de algumas questões citadas aqui: o avanço tecnológico, que gera uma comodidade social preocupante, se analisado do ponto de vista individual, pois proporciona um aumento exagerado do sedentarismo, levando a uma decrescente utilização calórica, o que leva à obesidade; as exigências de uma vida urbana agitada, onde o tempo é primordial para o cumprimento das obrigações diárias, restando ao indivíduo a opção por lanches rápidos e muitas vezes muito calóricos, o que aumenta o consumo calórico, sendo este, mais um fator que levará ao desenvolvimento da obesidade. Aliados a estes estímulos, a questão genética, os maus hábitos alimentares presenciados pela criança no ambiente familiar, escolar e social, as constantes propagandas apelativas em horário conveniente para as crianças, a própria cantina escolar que, muitas vezes almeja o lucro, ofertando alimentos inadequados para uma alimentação saudável e a questão da violência urbana, o que leva as famílias a um verdadeiro “confinamento” social, obrigando-as a viver em espaços restritivos, instituídos a essa sociedade, o que limita as crianças a brincadeiras em suas próprias residências, muitas vezes frente a um televisor, onde o controle do equipamento eletrônico que está usando é o seu brinquedo.

Entre outros fatores, é nesta fase da vida, onde a criança presencia novos contatos, novas oportunidades através do seu ingresso no ambiente escolar, que poderá ocorrer o desenvolvimento de uma obesidade chamada hiperplásica, de difícil tratamento e que perdurará por toda a sua vida, levando consigo suas complicações.

Por ser considerada como um meio intenso de convívio social da criança, a escola ocupa uma posição privilegiada para a implantação de medidas preventivas e intervencionistas no combate a problemas sociais, como é o caso da obesidade infantil.

Precisamos urgentemente da adoção de medidas a nível organizacional escolar, social, familiar e governamental, revendo questões como a reformulação das cantinas, o incentivo às práticas desportivas, a re-educação alimentar e a implantação de um programa pedagógico coeso e fundamentado em uma educação formal e informal, que atinja a sociedade em todas as suas vertentes, com a participação efetiva da família e de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da saúde e da educação, onde as opiniões e experiências servirão como base para sua estruturação.

Dentre os envolvidos, destaca-se o profissional de educação física, por fazer parte do quadro pedagógico escolar e estar em constante contato com as crianças, tendo a oportunidade de oferecer atividades prazerosas, que despertem nas mesmas, o sentido do cooperativismo no convívio social, ao mesmo tempo em que proporciona um incentivo à prática da atividade física.

Durante algumas décadas, a educação física brasileira viveu o impasse do projeto pedagógico ideal para o ensino básico.

As discussões normalmente iam de encontro aos fundamentos bio-psico-sociais, à unidade cartesiana corpo-mente, porém esbarrando em resquícios do modelo de saúde restrito do autoritarismo militar. Hoje vivemos em uma época em que a educação física é reconhecida como disciplina com valores pedagógicos importantes, mas às vezes é limitada pelos próprios profissionais que, talvez pela sua própria formação, resistem às mudanças que vão de encontro com a sua maneira de ensinar.

Necessitamos que estes profissionais encarem a sua disciplina como uma importante “arma” que, respeitando os limites individuais e coletivos de seus alunos, pode extrapolar os muros da escola, deixando de lado a prática ainda muitas vezes restritiva, associando-a a novos conceitos sociais. Para isto, é necessário que seja aplicada de maneira coerente, onde as oportunidades sejam dadas a todos, vistos como alunos reais e não “ideais”.

Precisamos que o projeto pedagógico seja aprimorado, permitindo à escola a busca de um sentido de fundamentação científica, combinando experiências múltiplas e que possa se apropriar da educação física, enquanto disciplina essencial, onde o princípio educacional e o movimento corporal caminhem juntos, refletindo um pensamento crítico e de liberdade social, fazendo com que a escola torne-se um espaço socializador, onde a criança possa desenvolver autonomia, identidade, espírito de cooperação, responsabilidade e solidariedade, acolhendo a todos, indistintamente.

Assim, a escola participaria do processo educacional muito além das suas limitações, onde a sociedade e a família possam atuar como co-participantes deste projeto. Porém, o que podemos observar na realidade é que a maioria dos educadores encontra-se despreparados e até desmotivados para “ousar” em inovações e propostas frente aos problemas sociais, uma vez que existe pouco incentivo por parte do sistema educacional referente à criação de tal projeto social e educacional, que vise, acima de tudo, uma educação continuada dos educadores e demais profissionais envolvidos.

Através deste estudo podemos verificar que o problema da obesidade infantil é grave, exigindo intervenção urgente. Porém, em nada adiantará a implantação de medidas de intervenção que não atinjam de maneira efetiva o ambiente escolar e social.

Apesar de a preocupação existir, sendo reconhecida pelos órgãos governamentais, associações de saúde, escolas, família e sociedade, o problema da obesidade infantil ainda está longe de ser minimizado, pois a maioria dos programas existentes atinge de maneira muito tímida a raiz do problema, não re-estruturando as diretrizes educacionais para a saúde e, muito menos, buscando a participação multidisciplinar.

As opiniões coletadas nesta pesquisa nos levam a crer que a obesidade infantil preocupa em muito aos educadores, pelas observações do seu dia-a-dia, no contato com as crianças e em suas relações com seus pares. Observa-se também que eles concordam que estratégias aplicadas no ambiente escolar, quando voltadas para o combate à obesidade infantil podem ser eficientes.

Sugerimos que esta pesquisa deva ser aprimorada, pois acreditamos que leva aos caminhos mais efetivos e precisos no combate à obesidade infantil,

trilhando vertentes que vão de encontro a uma das bases do seu desenvolvimento: os diferentes ambientes da educação.

REFERÊNCIAS

- ARANHA, M. L. A. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1996
- ARANHA, M. L. e MARTINS M. H. **Filosofando**: Introdução à Filosofia. São Paulo: Moderna, 1997
- ARTEAGA, H. P.; SANTOS, J.E. DOS & OLIVEIRA, J.E.D. DE. Obesity Among Schoolchildren of Different Socieconomic Levels in a Developing Country. **International Journal of Obesity**. 6: 291-297, 1982.
- ASSMANN, H. **Reencantar a educação**; rumo à sociedade aprendente. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- BALLONE, G.J. Fórum de Psiquiatria do interior Paulista, 3. , 2000, (anais) in. **PsiquWeb, Internet**, disponível em www.psiqweb.med.br, reinserido em 2005.
- BARLOW, S & DIETZ, W., 1998. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. **Pediatrics**, 102: E29-E36.
- BJORNTORP, P. Classification of obese patientes and complications related to the distribution of surplus fat. **The American Journal of Clinical Nutrition**, 45: 1120-25, 1987.
- _____ **Abdominal fat distribution and disease**: an overview of epidemiological data. *Ann Med* 24:15-18, 1992.
- BLAIR S.N. , *et al.* Physical activity, nutrition, and chronic disease. **Med Sci Sports Exerc**, 1996; 28:335-49. [[Medline](#)]
- BORRA, S.T.; SCHWARTZ, N.E.; SPAIN, C.G. & NATCHIPOLSKY, M.M. Food, Physical Activity, and Fun: Inspiring America's Kids to More Healthful Lifestyles. **Journal of The American Association**. 95(7): 816-818, 1995.
- BOUCHARD,C.: Genetics of obesity: overview and research directions. in **The Genetics of Obesity**: Boca Raton, Fl, CRC Press, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Perfil de crescimento da população brasileira de 0 – 25 anos. Brasília: INAN; 1990.
- _____ Ministério da Saúde. **Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável**. Brasília: 1999.
- _____ Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996.

_____ Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Básica. Resolução n. 2, de 7 abril de 1998. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 abr. 1998a

Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília: **Ministério da Saúde**, p 9-10, 1996.

CARVALHO, R.E.A. **Nova LDB e a Educação Especial**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

CARVALHO, M.M.B.C. E CRUZ. Concordância entre Diagnósticos e Avaliações sobre Alunos Portadores de Necessidades Especiais. **Relatório COPES/UFS**, nov.1999b

CASTELLANI FILHO, L. **Política educacional e educação física**. Campinas: Autores Associados, 1998.

CECIL, R.L. *et al.* **Tratado de Medicina Interna**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

CIDADE, R.E., FREITAS, P.S. Educação física e inclusão: considerações para prática pedagógica na escola. Brasília: **Revista integração**. Edição especial, p: 26-30, 2002

CREFF A.F., HERSCHBERG A.D. **Obesite**. Masson: Paris, 1988.

CYRINO ES, NARDO N. Subsídios para prevenção e controle da obesidade. **Ver Bras Ativ Física e Saúde**. 1996;1:15-25.

DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Shape, 1998.

_____ **Pensando o corpo e o movimento**. Rio de Janeiro: Shape, 1994.

DERELIAN, D. Children – a small audience only in stature. **Journal of the American Dietetic Association**, vol.95 (10), 1995.

DIETZ W H. Prevention of childhood obesity. **Pediatr Clin North Am**.1986;33:823-33.

_____ Childhood weight affects adult morbidity and mortality. **J. Nutr.** 128: p. 411S-414S, 1998.

DWYER, J. T *et al.* Predictors of overweight and overfatness in a multiethnic pediatric population. **The American Journal of Clinical Nutrition**, 67: 602-610, 1998.

EGGER G, *et al.* Effectiveness of an abdominal obesity reduction programme in men: the GutBuster 'waist loss' programme. **Int J Obes Relat Metab Disord** 1996; 20:227-31. [[Medline](#)]

FERREIRA, V.L.C. **Prática de Educação Física no 1º grau**: modelo de reprodução ou perspectiva de transformação ?. São Paulo: IBRASA, 1984.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação Editorial BYK, 1995. p. 9-13.

FONSECA VM, SICHIERI R, VEIGA GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pública** 1998;32:541-9.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Trad. de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____ **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e terra. 1992.

FREITAS, P. S. & CIDADE, R.E.A. **Noções sobre Educação Física e Esporte para pessoas portadoras de deficiência**: uma abordagem para professores de 1º e 2º graus. Uberlândia: Gráfica Breda, 1997.

GADOTTI, M. *et al.* **Perspectivas atuais da Educação**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

GUEDES, D.P., GUEDES, J. **Controle do Peso Corporal**: Composição Corporal, Atividade Física e Nutrição. Midiograf, 1998.

GUIMARÃES, M. B. do N. Musculação, Exercícios Aeróbicos e suas Relações com o Emagrecimento. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília.

GUIMARAES, S. S. Exposição e Prevenção de Respostas no Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo **In: Psicologia Clínica e da Saúde**. 1ª ed. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001, v.01, p. 177-196.

<http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0,OI442669-EI1194,00.html> (Frei beto)

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Bullying&oldid=4158496> , 2006

HALPERN, A. *et al.*. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (1975). **Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF)**. Rio de Janeiro: IBGE. 1975

IVKOVIC-LAZAR, *et al.* The metabolic X syndrome: 4 case reports. **Medicinski Pregled**, Novi Sad, v.45, n.5/6, p.210-214, 1992.

JOLIVET, R., **Curso de filosofia**, Rio de Janeiro: Agir, 1979.

LANCHA JUNIOR, A.H. Obesidade e suas implicações: ação da atividade física e controle nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.14, p.9-17, 1999.

MARUSSI D., DALGALARRONDO P. FÓRUM DE PSIQUIATRIA DO INTERIOR PAULISTA, 3. 2000. **Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria**. FCM UNICAMP *perfil psiquiátrico de pacientes com obesidade mórbida*. São Paulo. Anais. 2000.

MCARDLE, O.W.; KATCH, I.F. E KATCH, L.V. **Fisiologia do exercício, energia, nutrição e desempenho humano**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1998.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; DE SOUZA, A.L. & POPKIN, B. M., 1995. The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, 49: 105-113. (Medline)

MOREIRA, S.R.G. “*A patologização da educação*”. **Semana da psicologia**. FCH/FUMEC. 2000. 123-127

_____ “*Dificuldades dos docentes em se relacionar com alunos epiléticos e portadores de outras doenças*”. **Infância e Adolescência**. FHC / FUMEC. 2000a., p. 57 a 62.

MUST, A., 1996. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. **American Journal of Clinical Nutrition**, 63:445-447.

MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. Reference data for obesity: 85 and 95 percentilis of body mass index (wt/ht²) - a correction. **Am. J. Clin.Nutri.**, 54: 773, 1991.

NÓVOA, A. **Os professores e a sua formação**. 3^a ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001. **Obesity**: controlling the global epidemic. 28 September 2001, disponível em <http://www.who.int/nut/obs.htm>

_____ 1998 . **Obesity and poverty**. 28 September 2001. disponível em <http://www.who.int/dsa/cat98/nut8.htm#>

_____ – **Promoção da Saúde**: uma antologia. Publicação Científica 557. Washington, DC, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Salud de Los Niños en Las Américas: Un Compromiso com Nuestro Futuro**. Washington, D.C., 1995.

PEREIRA, R. A., 1998. Avaliação antropométrica do estado nutricional. In: **Epidemiologia da Obesidade** Sichieri, R. (org.), pp. 43-64, Rio de Janeiro: Eduerj.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança**. Lisboa: Dom Quixote, 1977.

POPKIN, B.M. *et al.* Review of dietary and environmental correlates of obesity with emphasis on developing countries. **Obesity Research**. 3 suppl 2: 145-153, 1995.

ROTENBERG, K. J. (1999). Parental antecedents of children's loneliness. In Ken J. Rotenberg & Shelley Hymel (Eds.) **Loneliness in childhood and adolescence**. (pp. 176-200). New York: Cambridge University Press.

ROMANELLI, O.O. **História da educação no Brasil(1930/1973)**. Petrópolis: Vozes, 2003

SAVIANI, D. (1991). Pedagogia Histórico-crítica: primeiras aproximações. São Paulo: Cortez / Autores Associados. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo)

_____ A filosofia da educação no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília: v. 65, n. 150, p. 273-290, maio/ago., 1984.

SCHUSSEL, E.Y. Obesidade – Visão Multidisciplinar. In: FISBERG, M. **Obesidade na Infância e Adolescência**. Fundação BYK, São Paulo, 1995.

SICHIERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Eduerj 1998

STENZE, L M **Obesidade: o peso da exclusão**. São Paulo: Edipucrs, 2002.

TEIXEIRA, L.R. **Atividades motoras e obesidade na educação física escolar adaptada: postura, asma, obesidade e diabetes na infância e adolescência**. São Paulo, EEFUSP/EFP. p.139-47, 1998

TRIOLA, M. F. , **Introdução à estatística**, 9ª ed., Rio de Janeiro: LTC, 2005.

WOORTMANN, KA. A comida, a família e a construção do gênero feminino. *Dados Rev Ciênc Sociais* 1986; 29:103-29.

WILDLEY, MB, PAMPALONE SZ, PELLETIER RL, Fat and sugar levels are high in snacks purchased from student stores in middle schools. **J Am Diet Assoc** 2000 March; 100(3): 319-322.

www.sociologia.de, versión web editada por Prof. Dr. Jorge Machado **LA GENEALOGÍA DE LA MORAL - FRIEDERICH NIETZSCHE.**

GLOSSÁRIO

Cardiomiopatia - Doença que afeta o músculo cardíaco (miocárdio); em geral, estas doenças resultam no bombeamento cardíaco inadequado.

Dislipidemia – Qualquer alteração dos níveis sanguíneos das gorduras e lipoproteínas circulantes.

Doença de Blount - Doença que acomete a epífise proximal da tíbia (osso da canela), podendo provocar o fechamento da placa de crescimento e desvio em varo da perna.

Hipercifose – Alteração da curvatura posterior da coluna vertebral.

Hiperfagia - Aumento anormal do apetite ou ingestão excessiva de alimentos.

Hiperinsulinemia – Aumento dos níveis sanguíneos do hormônio Insulina.

Hiperlordose – Alteração da curvatura anterior da coluna vertebral.

Lesões hipotalâmicas – Lesões e/ou traumas que acometem o hipotálamo (região do encéfalo responsável por inúmeros controles corporais).

Morbimortalidade – Processo evolutivo grave, causado por algumas complicações severas de doenças ou traumas, que levam o indivíduo a restritas limitações essenciais à vida, podendo também, levar à morte prematura.

Obesidade Andróide – Acúmulo de gordura na região abdominal, comprimindo órgãos internos. Mais comum em homens.

Obesidade Ginóide - Acúmulo de gordura na linha abaixo da cintura. Mais comum em mulheres.

Obesidade hiperplásica – Tipo de obesidade onde o número das células de gordura é aumentado, mantendo-se o seu diâmetro.

Obesidade hipertrófica – Tipo de obesidade onde o diâmetro das células de gordura é aumentado, mantendo-se o seu número.

Síndrome de Alstrom - Doença hereditária caracterizada por cegueira progressiva, diabetes melito de início na juventude, obesidade e surdez, mas capacidade mental normal.

Síndrome de Carpenter - Caracteriza-se pela cranioestenose total acompanhada por deformidades nos dedos das mãos e dos pés, inserção baixa das orelhas, obesidade, baixo desenvolvimento das características sexuais e retardo mental severo.

Termogênese – Processo fisiológico normal, que gera calor nos tecidos, proveniente da digestão dos alimentos ou da utilização dos nutrientes durante atividade física.

Triacilgliceróis – Substância corporal, composta por ácidos graxos e glicose, sendo importante fonte de reserva energética. Em excesso, pode causar diversas complicações orgânicas, principalmente circulatórias.

ANEXOS

ANEXO 01

Barbacena, de de 2005

Prezado (a) Diretor (a)

Solicito sua autorização para obter dados necessários para concretização de uma pesquisa que visa conhecer melhor as ações dos educadores em relação ao comportamento e os relacionamentos dos alunos obesos.

A obtenção dos dados necessários à pesquisa será feita através de questionários apresentados aos educadores desta instituição. O objetivo é avaliar a preparação destes para a convivência com a criança obesa no seu cotidiano frente aos problemas por elas enfrentados. Essas são informações valiosas para o bom andamento da pesquisa.

É importante ressaltar que será acertado um cronograma com a direção e com os professores, para que o funcionamento da escola não seja prejudicado no seu cotidiano.

Contando com o seu auxílio, peço sua autorização para que eu possa realizar esta pesquisa, e desde já agradeço.

Atenciosamente,

Adilson Luiz dos Santos

Assinatura da Direção

ANEXO 02

Barbacena, de de 2005

Prezado (a) Educador (a),

Solicito sua colaboração para a coleta de dados referentes a uma pesquisa sobre obesidade infantil.

A pesquisa a ser realizada nesta escola, será dividida em etapas distintas, descritas a seguir:

1) Aplicação de uma Ficha de Identificação de todos os educadores do ensino fundamental envolvidos na pesquisa, contendo os seguintes dados: idade, estado civil, grau de escolarização, série que lecionam, tempo de magistério, convivência ou não com criança obesa, local da convivência e idade do sujeito.

2) Aplicação de Questionários acerca de fatores determinantes da obesidade infantil e do relacionamento destas crianças com seus pares.

3) Aplicação de Questionários acerca de Estratégias de Prevenção Educacional em relação à obesidade do aluno.

Um cronograma de atividades propostas será entregue com antecedência à direção da escola.

É importante sua assinatura em espaço abaixo, autorizando participação na pesquisa.

Contando com sua colaboração, despeço-me, agradecendo desde já a atenção.

Atenciosamente,

Adilson Luiz dos Santos

Assinatura do Educador (a)

ANEXO 03**Ficha de Identificação do (a) Educador (a)**

Data ____/____/____ N° _____ Iniciais _____

Idade: _____ Sexo _____ Turno _____ Estado Civil _____

Grau de Escolarização _____

Atividade que desempenha na escola _____

Série que Leciona _____ Tempo de Trabalho em Educação _____

Já conviveu com aluno obeso? Em qual situação?

Idade aproximada do aluno _____

ANEXO 04

Caro (a) Educador (a),

As questões abaixo têm como objetivo obter dados para uma pesquisa sobre obesidade infantil. Esta escala proposta visa melhorar o conhecimento sobre a influência da obesidade do aluno e as implicações desta situação com o relacionamento entre os pares no ambiente escolar, assim como o desempenho do aluno frente às propostas educacionais.

Favor responder às questões conforme solicitado.

Atenciosamente,

Adilson Luiz dos Santos - Mestrando em Educação e Sociedade -
Universidade Presidente Antonio Carlos - UNIPAC.

ESCALA DE CONCEITOS QUE EDUCADORES TÊM EM RELAÇÃO À OBESIDADE INFANTIL

Legenda: CT - Concordo Totalmente

C - Concordo

CP - Concordo Parcialmente

DT - Discordo Totalmente

D - Discordo

DP - Discordo Parcialmente

1) A obesidade infantil deve ser controlada com medicação

CT C CP DT D DP

2) A obesidade infantil traz desordem emocional ao seu portador

CT C CP DT D DP

- 3) Uma criança obesa pode emagrecer
CT C CP DT D DP
- 4) A obesidade infantil tem como causas questões familiares
CT C CP DT D DP
- 5) A obesidade infantil tem como causas questões sociais
CT C CP DT D DP
- 6) A obesidade infantil pode prejudicar o desenvolvimento integral do aluno
CT C CP DT D DP
- 7) O aluno obeso sofre preconceitos dos seus pares
CT C CP DT D DP
- 8) A obesidade infantil pode ser hereditária
CT C CP DT D DP
- 9) A obesidade infantil é vista pela sociedade com preconceito
CT C CP DT D DP
- 10) A obesidade infantil é uma doença
CT C CP DT D DP
- 11) A exclusão do grupo pelos pares no ambiente escolar pode ser provocada pela obesidade infantil
CT C CP DT D DP
- 12) O uso constante de computador pode ser uma causa da obesidade infantil
CT C CP DT D DP

13) A obesidade infantil pode ocasionar sérios problemas de saúde em geral

CT C CP DT D DP

14) O exemplo familiar quanto a hábitos saudáveis é fator determinante da obesidade infantil

CT C CP DT D DP

15) O aluno obeso apresenta problemas de auto-estima, o que prejudica o seu desenvolvimento escolar.

CT C CP DT D DP

ANEXO 05

Caro(a) Educador(a),

As questões abaixo têm como objetivo obter dados para uma pesquisa sobre a criança obesa. Esta escala proposta aborda sobre opiniões que educadores têm acerca de estratégias aplicáveis a esta situação.

Favor responder às questões conforme solicitado.

Atenciosamente,

Adilson Luiz dos Santos - Mestrando em Educação e Sociedade - Universidade Presidente Antonio Carlos - UNIPAC.

ESCALA SOBRE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO AMBIENTE EDUCACIONAL EM RELAÇÃO À OBESIDADE DO ALUNO

Legenda: CT - Concordo Totalmente

C - Concordo

CP - Concordo Parcialmente

DT - Discordo Totalmente

D - Discordo

DP - Discordo Parcialmente

- 1) Programas de conscientização acerca da obesidade infantil podem ser eficientes

CT CP C DT D DP

- 2) Disciplinas ministradas nos cursos de formação docente deveriam constar nos currículos do ensino superior como recurso de prevenção da obesidade infantil

CT CP C DT D DP

- 3) A escola pode ser um meio eficaz na informação acerca da obesidade infantil
CT CP C DT D DP
- 4) A cantina escolar deve ser re-estruturada , oferecendo alimentos mais saudáveis para os alunos
CT CP C DT D DP
- 5) A escola, a sociedade e a família devem ser parceiros na luta contra a obesidade infantil
CT CP C DT D DP
- 6) A merenda escolar deve ser preparada por um (a) nutricionista
CT CP C DT D DP
- 7) Deve haver uma completa interação entre os profissionais da saúde e da educação quanto à elaboração de medidas preventivas e intervencionistas da obesidade infantil
CT CP C DT D DP
- 8) É importante a utilização de recursos didáticos referentes à obesidade infantil na educação continuada de educadores
CT CP C DT D DP
- 9) Os colegas dos alunos obesos devem ter informações sobre determinantes da obesidade
CT CP C DT D DP
- 10) Os educadores devem desenvolver atividades com seus alunos que abordem conteúdos específicos sobre educação inclusiva
CT CP C DT D DP

- 11) Os educadores devem incentivar as práticas propostas pela disciplina educação física
CT CP C DT D DP
- 12) A sociedade, a família e a escola devem constituir um núcleo de prevenção à obesidade de crianças em fase escolar.
CT CP C DT D DP
- 13) A prática de hábitos saudáveis deve ser incentivada no ambiente escolar
CT CP C DT D DP
- 14) A escola deve buscar esclarecer os pais acerca do assunto
CT CP C DT D DP
- 15) Os meios de comunicação podem ser um recurso importante para a prevenção da obesidade infantil, se utilizados no ambiente escolar.
CT CP C DT D DP